Medizinischer Dienst
Westfalen-Lippe

Fragebogen

für Versicherte/Angehörige/ Pflegepersonen zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie haben einen Antrag auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung gestellt.
Aufgrund der fortschreitenden Ausbreitung des Coronavirus und der damit einhergehenden Lungenerkrankung können wir zurzeit leider keine Hausbesuche durchführen. Wie im Anschreiben angekündigt, werden wir mit Ihnen ein strukturiertes Begutachtungsgespräch per Telefon führen, um die Pflegedürftigkeit nach dem SGB XI festzustellen.
Dieser Fragebogen dient lediglich der Vorbereitung auf das angekündigte Telefonat und soll Ihnen eine Hilfestellung für die relevanten Sachverhalte der Begutachtung sein. **Bitte schicken Sie ihn nicht an uns zurück!**
Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, soweit Ihnen dies möglich ist. Sie können dazu auch Ihre Pflegeperson/-en heranziehen. Beziehen Sie sich bitte bei der Beantwortung auf den Zeitraum ab der Antragsstellung.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Medizinischer Dienst Westfalen-Lippe

1 Name des/der Antragssteller/in: _____

2 Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): _____

3 Sind Sie in letzter Zeit im Krankenhaus behandelt worden? Bitte geben Sie den Namen des Krankenhauses, die Aufenthaltsdauer und den Aufnahmegrund an.

_____

_____

4 Welche Erkrankungen stehen bei Ihnen im Vordergrund?

_____

_____

_____

5 Welche Schwierigkeiten und Probleme ergeben sich aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen in Ihrem täglichen Leben?

_____

_____

_____

6 Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt?

☐ JA Falls ja, wann? (Monat/Jahr): _____ ☐ NEIN

Wie wurde die Rehabilitation durchgeführt?

☐ AMBULANT ☐ STATIONÄR

7 Welche Hilfsmittel stehen Ihnen zur Verfügung?

☐ Brille	☐ Rollator	☐ Inkontinenzprodukte
☐ Zahnprothese	☐ Rollstuhl	☐ Badewannenlifter
☐ Hörgerät	☐ Kompressionsstrümpfe	☐ Duschstuhl
☐ Hausnotruf	☐ Toilettenstuhl	☐ Pflegebett
☐ Unterarmgehstützen	☐ Toilettensitzerhöhung	☐ Antidekubitusmatratze
☐ Gehstock	☐ Urinflasche	☐ Sauerstoffkonzentrator

☐ Weitere Hilfsmittel: _____

8 Leben Sie gemeinsam mit einer weiteren Person in einem Haushalt?

☐ JA ☐ NEIN

Falls ja, mit wem? _____

9 Erhalten Sie Unterstützung durch einen Pflegedienst oder besuchen Sie eine Tagespflegeeinrichtung? (Wenn ja, geben Sie bitte deren Namen an.)

_____

Wie oft pro Woche? _____

10 Benötigen Sie nachts die Unterstützung einer anderen Person (z.B. zum Toilettengang)?

☐ JA, ___ MAL PRO NACHT ☐ NEIN

11 Von welchen Personen werden Sie regelmäßig in häuslicher Umgebung gepflegt?
Die Angaben sind erforderlich zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen. Nicht gemeint sind ambulante Pflegedienste oder gewerbliche oder privat-gewerbliche Betreuungshilfen.

Name, Vorname Geburtsdatum	Adresse	Pflegetage pro Woche	Stunden pro Woche	Werden weitere Personen von ihr gepflegt? (ja/nein)

12 Benötigen Sie bei der Mobilität die Hilfe einer anderen Person? Zutreffendes ankreuzen.

	nein	etwas	überwiegend	komplett
sich im Bett drehen				
aus dem Bett aufstehen				
sich fortbewegen in der Wohnung				
Treppen steigen				

13 Brauchen Sie Unterstützung einer anderen Person, um ... (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ sich zeitlich zu orientieren (z.B. Wochentag, Datum, Uhrzeit)
- ☐ sich örtlich zu orientieren (z.B. in der Wohnung, auf bekannten Wegen)
- ☐ sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern (z.B. letzte Mahlzeit)
- ☐ sich an wichtige Lebensereignisse zu erinnern (z.B. Beruf, Hochzeit)
- ☐ Sachverhalte zu verstehen (z.B. Nachrichten)
- ☐ Aufforderungen zu verstehen
- ☐ Gesprächsinhalte zu verstehen
- ☐ Ihre Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen
- ☐ nahestehende Personen zu erkennen
- ☐ Gefahren zu erkennen (z.B. im Haushalt oder im Straßenverkehr)
- ☐ Handlungen in der richtigen Reihenfolge durchzuführen

14 Gibt es weitere Besonderheiten (psychische Problemlagen) im Zusammenhang mit Pflege und Betreuung, bei denen Sie regelmäßg Unterstützung benötigen? Bitte schildern Sie kurz, um welche Schwierigkeiten es geht, was eine andere Person tun muss und wie häufig dies vorkommt.

15 Benötigen Sie bei Körperpflege und Nahrungsaufnahme die Hilfe einer anderen Person?
Bitte Zutreffendes ankreuzen.

	nein	etwas	überwiegend	komplett
Gesichtspflege, kämmen				
Waschen, baden, duschen				
An- und Auskleiden				
Essen zerkleinern, Flaschen öffnen				
Essen				
Trinken				
Toilettengang				
Versorgung mit Inkontinenzmaterial				

16 Bei welchen Maßnahmen, die vom Arzt für mindestens 6 Monate verordnet werden, benötigen Sie die Hilfe einer anderen Person?

- ☐ Ich benötige keinerlei personelle Hilfe.
- ☐ Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen richten/verabreichen ☐ mal pro Woche
- ☐ Injektionen, z.B. Insulin ☐ mal pro Woche
- ☐ Blutzuckermessung ☐ mal pro Woche
- ☐ Blutdruckmessung ☐ mal pro Woche
- ☐ Kompressionsstrümpfe anziehen ☐ mal pro Woche
- ☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen ☐ mal pro Woche
- ☐ andere: _____

Wie häufig besuchen Sie im Durchschnitt eine Arztpraxis?

☐ mal monatlich ☐ alleine ☐ Begleitung erforderlich

Wie häufig besuchen Sie im Durchschnitt eine Therapeutenpraxis?

Krankengymnastik	☐ mal monatlich	☐ alleine	☐ Begleitung erforderlich
Ergotherapie	☐ mal monatlich	☐ alleine	☐ Begleitung erforderlich
Logopädie	☐ mal monatlich	☐ alleine	☐ Begleitung erforderlich
_____	☐ mal monatlich	☐ alleine	☐ Begleitung erforderlich

17 Brauchen Sie Unterstützung einer anderen Person, um ... (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ sich tagsüber zu beschäftigen (z.B. Fernsehen/Radio einschalten, Handarbeit)

☐ nachts zu schlafen, bzw. mit Schlafstörungen zurecht zu kommen

☐ über den Tag hinaus zu planen (z.B. einen Arzttermin)

☐ telefonisch Hilfe zu holen, falls erforderlich

18 Hier können Sie noch ergänzende Angaben machen (z.B. wenn der Platz bei einigen Fragen nicht ausreichte oder Sie uns noch auf etwas hinweisen möchten).