

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

Sehr geehrte Damen und Herren,

dieser Fragebogen dient zur Vorbereitung der Begutachtung.

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, soweit Ihnen dies möglich ist. Ihre Pflegeperson kann Ihnen dabei gern helfen. Beziehen Sie sich bitte bei der Beantwortung auf den Zeitraum ab der Antragsstellung.

Bitte berücksichtigen Sie, dass in jedem Fall Ihre Teilnahme an der Begutachtung erforderlich ist und diese nicht stellvertretend durch eine andere Person erfolgen kann.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

1. Name des/der Versicherten _____
2. Geburtsdatum: _____
3. Aktuelle Telefonnummer: _____
4. Hat in letzter Zeit eine Krankenhausbehandlung stattgefunden? Bitte geben Sie den Namen des Krankenhauses, die Aufenthaltsdauer und den Aufnahmegrund an.

5. Welche Krankheiten stehen bei der Pflegebedürftigkeit im Vordergrund?

6. Bitte geben Sie Ihre Körpergröße und Ihr Körpergewicht an.

7. Welche Schwierigkeiten und Probleme ergeben sich durch die Krankheit in Ihrem täglichen Leben? Gemeint sind insbesondere Aktivitäten, die nicht in den Bereich der Hauswirtschaft fallen.

8. Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt? ja nein
Falls ja, wann? (Monat/Jahr): _____

Wie wurde die Rehabilitation durchgeführt? ambulant stationär

9. Welche Hilfsmittel stehen Ihnen zur Verfügung?

- | | | |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukte |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe | <input type="checkbox"/> Duschstuhl |
| <input type="checkbox"/> Hausnotruf | <input type="checkbox"/> Toilettensstuhl | <input type="checkbox"/> Pflegebett |
| <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung | <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze |
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator |

Weitere Hilfsmittel: _____

10. Leben Sie gemeinsam mit einer weiteren Person in einem Haushalt? ja nein

Wenn ja, mit wem? _____

11. Erhalten Sie Unterstützung durch einen Pflegedienst oder besuchen Sie eine Tagespflegeeinrichtung? Wenn ja, nennen Sie bitte deren Namen:

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

ja, ____ mal pro Nacht nein

13. Welche Personen pflegen Sie nicht erwerbsmäßig regelmäßig in häuslicher Umgebung?
Die Angaben sind erforderlich zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der
Pflegerpersonen.

| | Name, Vorname | Adresse und Geburtsdatum | Pflege tage pro Woche | Pflegestunden pro Woche | Anzahl weiterer Pflegerbedürftige, die von den Pflegerpersonen gepflegt werden |
|---|------------------|--------------------------|-----------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| A | | | | | |
| B | | | | | |
| C | | | | | |
| D | | | | | |

14. Wie ist Ihre Wohnsituation?

Bitte kreuzen Sie an:

| | | | |
|-------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| Ich wohne in einem | <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus | im | <input type="checkbox"/> Erdgeschoss |
| | <input type="checkbox"/> Zweifamilienhaus | | <input type="checkbox"/> Hochparterre |
| | <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus | | <input type="checkbox"/> Souterrain |
| | | | <input type="checkbox"/> Obergeschoss |
| Ein Aufzug ist | <input type="checkbox"/> vorhanden | | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
| <input type="checkbox"/> Vor der Haus-/Wohnungstür sind Stufen zu überwinden. | | | |
| <input type="checkbox"/> Ein ebenerdiger Zugang zum Haus ist vorhanden. | | | |
| Alle genutzten Räume befinden/erstrecken sich | | | |
| | <input type="checkbox"/> auf einer Etage. | <input type="checkbox"/> über zwei Etagen. | <input type="checkbox"/> über drei Etagen. |
| <input type="checkbox"/> Der Wohnbereich ist barrierefrei. | | | |
| Das Bad ist ausgestattet mit einer/einem | | | |
| <input type="checkbox"/> Badewanne | <input type="checkbox"/> Dusche mit flachem Einstieg | <input type="checkbox"/> WC | |
| <input type="checkbox"/> Dusche mit ebenerdigem Einstieg | <input type="checkbox"/> Dusche mit hohem Einstieg | <input type="checkbox"/> erhöhtem WC | |
| Das Bad ist mit einem | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> befahrbar | <input type="checkbox"/> nicht befahrbar |
| | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> befahrbar | <input type="checkbox"/> nicht befahrbar |
| | <input type="checkbox"/> Toilettenrollstuhl | <input type="checkbox"/> befahrbar | <input type="checkbox"/> nicht befahrbar |
| <input type="checkbox"/> Eine separate Toilette ist vorhanden. | | | |
| Ein Festnetztelefon ist | <input type="checkbox"/> vorhanden | | <input type="checkbox"/> nicht vorhanden |
| Die Mobilität ist innerhalb des Wohnbereichs eingeschränkt durch | | | |
| <input type="checkbox"/> Türschwellen | <input type="checkbox"/> lose Teppiche | <input type="checkbox"/> Stufe/n vor/in Zimmern | |
| <input type="checkbox"/> schmale Türen | <input type="checkbox"/> Möbelstücke | <input type="checkbox"/> beengte wohnliche Verhältnisse | |

15. Benötigen Sie im Bereich der Mobilität die Hilfe einer anderen Person?

Bitte kreuzen Sie an:

| | | | | |
|---------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| sich im Bett drehen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |
| aus dem Bett aufstehen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |
| stabil auf einem Stuhl sitzen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |
| sich in der Wohnung fortbewegen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |
| Treppen steigen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |

16. Brauchen Sie die Unterstützung einer anderen Person, um

| | |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|
| sich zeitlich zu orientieren (z. B. Wochentag, Datum, Tageszeit) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| sich örtlich zu orientieren (z. B. in der Wohnung, auf bekannten Wegen) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern (z. B. letzte Mahlzeit) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| sich an wichtige Lebensereignisse zu erinnern (z. B. Beruf, Hochzeit) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Sachverhalte zu verstehen (z. B. Nachrichten) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Aufforderungen zu verstehen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gesprächsinhalte zu verstehen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Ihre Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| nahestehende Personen zu erkennen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Gefahren zu erkennen (z. B. im Haushalt oder Straßenverkehr) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Handlungen in der richtigen Reihenfolge durchzuführen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |

17. Leiden Sie unter besonderen psychischen Problemlagen, bei deren Bewältigung Sie regelmäßig Hilfe durch eine andere Person benötigen? Dies können zum Beispiel Unruhe, Aggressionen oder Wahnvorstellungen sein.

18. Benötigen Sie im Bereich der Selbstversorgung die Hilfe einer anderen Person?

Bitte kreuzen Sie an:

| | | | | |
|----------------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|
| Gesicht waschen, rasieren, kämmen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |
| Waschen/Baden/Duschen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |
| An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |
| Speisen zerkleinern/Flaschen aufdrehen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |
| Essen | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |
| Trinken | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |
| Toilettengang | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |
| Versorgung mit Inkontinenzmaterial | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> etwas | <input type="checkbox"/> überwiegend | <input type="checkbox"/> komplett |

19. Bei welchen Maßnahmen, die vom Arzt für mind. 6 Monate verordnet werden, benötigen Sie Hilfe von einer anderen Person?

Ich benötige keinerlei personelle Hilfe.

- Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen (richten und/oder verabreichen) _____mal täglich
- Injektionen, z. B. Insulin _____mal täglich
- Blutzuckermessung _____mal täglich
- Blutdruckmessung _____mal täglich
- Kompressionsstrümpfe anziehen _____mal täglich
- Kompressionsstrümpfe ausziehen _____mal täglich
- Verbandswechsel _____mal täglich
- andere: _____

Besuchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Arztpraxis?

_____mal monatlich alleine Begleitung erforderlich

Besuchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Therapeutenpraxis?

| | | | |
|------------------|--------------------|----------------------------------|-----------------------------------------|
| Krankengymnastik | _____mal monatlich | <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> mit Begleitung |
| Ergotherapie | _____mal monatlich | <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> mit Begleitung |
| Logopädie | _____mal monatlich | <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> mit Begleitung |
| _____ | _____mal monatlich | <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> mit Begleitung |

20. Benötigen Sie bei folgenden Punkten die Unterstützung einer anderen Person?

| | | |
|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| sich tagsüber beschäftigen (z. B. Handarbeit, Fernsehen, Radio hören) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| nachts schlafen bzw. mit Schlafstörungen zurecht kommen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| über den Tag hinaus planen (z. B. einen Arzttermin) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| telefonisch Hilfe holen, falls erforderlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

21. Hier können Sie noch ergänzende Angaben machen (z. B. wenn der Platz bei einigen Fragen nicht ausreicht):
