

Selbstauskunft zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI

Sehr geehrte Damen und Herren,

dieser Fragebogen dient der Vorbereitung auf die angekündigte 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 allein mit Ihren Angehörigen/Pflegepersonen durchgeführt werden kann. Das Ausfüllen der Selbstauskunft ist selbstverständlich freiwillig.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

1. Name der antragstellenden Person:

Name

Vorname

____ / ____ / ____

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

Aktuelle Telefonnummer

2. Hat in letzter Zeit eine Krankenhausbehandlung stattgefunden? Bitte geben Sie den Namen des Krankenhauses, die Aufenthaltsdauer und den Aufnahmegrund an.

3. Welche Erkrankungen sind bei Ihnen bekannt und schränken Sie im Alltag ein? Wenn Sie bereits durch den Medizinischen Dienst begutachtet wurden: Was genau hat sich seitdem verschlechtert?

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

Körpergröße: _____ cm Körpergewicht: _____ kg

Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen?

ja, _____ kg seit _____ Wochen

nein

5. 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.

6. 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

7. 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"/> Toilettenstuhl | <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: _____

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

ja nein

Wenn ja, mit wem? _____

9. Erhalten Sie Unterstützung durch einen Pflegedienst oder besuchen Sie eine Tagespflegeeinrichtung?

Wenn ja, nennen Sie bitte deren Namen:

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

ja, _____ mal pro Nacht

nein

11. Welche Personen pflegen Sie nicht erwerbsmäßig regelmäßig in häuslicher Umgebung?

Die Angaben sind erforderlich zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen.

	Name, Vorname	Adresse und Geburtsdatum	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche	Anzahl weiterer Pflegebedürftige, die von den Pflege- personen ge- pflegt werden
A					
B					
C					
D					

12. Wie ist Ihre Wohnsituation?

Bitte kreuzen Sie an:

- Ich wohne in einem Einfamilienhaus im Erdgeschoss
 Zweifamilienhaus Hochparterre
 Mehrfamilienhaus Souterrain
 Obergeschoss
- Ein Aufzug ist vorhanden nicht vorhanden

Vor der Haus-/Wohnungstür sind Stufen zu überwinden.

Ein ebenerdiger Zugang zum Haus ist vorhanden.

Alle genutzten Räume befinden/erstrecken sich

auf einer Etage. über zwei Etagen. über drei Etagen

Der Wohnbereich ist barrierefrei.

Das Bad ist ausgestattet mit einer/einem

- Badewanne Dusche mit flachem Einstieg WC
 Dusche mit ebenerdigem Einstieg Dusche mit hohem Einstieg erhöhtem WC

- Das Bad ist mit einem Rollator befahrbar nicht befahrbar
 Rollstuhl befahrbar nicht befahrbar
 Toilettenrollstuhl befahrbar nicht befahrbar

Eine separate Toilette ist vorhanden.

Ein Festnetztelefon ist vorhanden nicht vorhanden

Die Mobilität ist innerhalb des Wohnbereichs eingeschränkt durch

- Türschwellen lose Teppiche Stufe/n vor/in Zimmern
 schmale Türen Möbelstücke beengte wohnliche Verhältnisse

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

Bitte kreuzen Sie an:

- sich im Bett drehen nein etwas überwiegend komplett
aus dem Bett aufstehen nein etwas überwiegend komplett
stabil auf einem Stuhl sitzen nein etwas überwiegend komplett
sich in der Wohnung fortbewegen nein etwas überwiegend komplett
Treppen steigen nein etwas überwiegend komplett

14. 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 |

15. Bestehen psychische Problemlagen, bei deren Bewältigung regelmäßig Hilfe durch eine andere Person benötigt wird? Dies können zum Beispiel Unruhe, Aggressionen oder Wahnvorstellungen sein.

nein

Wenn ja, welche und wie häufig?

16. 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 |

17. Bei welchen Maßnahmen, die vom Arzt für mind. 6 Monate verordnet werden, wird die Hilfe von einer anderen Person benötigt?

- Es wird keinerlei personelle Hilfe benötigt.
- Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen (verabreichen) _____ mal tgl. _____ mal wöchentl.
- Dosieraerosole _____ mal tgl. _____ mal wöchentl.
- Injektionen, z. B. Insulin _____ mal tgl. _____ mal wöchentl.
- Blutzuckermessung _____ mal tgl. _____ mal wöchentl.
- Kompressionsstrümpfe an- und ausziehen _____ mal tgl. _____ mal wöchentl.
- Verbandswechsel _____ mal tgl. _____ mal wöchentl.
- andere: _____ mal tgl. _____ mal wöchentl.

Besteht eine Dialysepflicht? nein ja

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 alleine mit Begleitung

Ergotherapie _____ mal monatlich alleine mit Begleitung

Logopädie _____ mal monatlich alleine mit Begleitung

_____ mal monatlich alleine mit Begleitung

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

sich tagsüber beschäftigen (z. B. Handarbeit, Fernsehen, Radio hören) ja nein

nachts schlafen bzw. mit Schlafstörungen zurechtkommen ja nein

über den Tag hinaus planen (z. B. einen Arzttermin) ja nein

telefonisch Hilfe holen, falls erforderlich ja nein

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

Bitte beachten Sie, dass diese Selbstauskunft digitalisiert und das Papierdokument datenschutzkonform vernichtet wird.

Ort, Datum

Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Unterstützung