

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?

- | | | |
|---|--|---|
| ☐ Brille | ☐ Rollator | ☐ Inkontinenzprodukte |
| ☐ Zahnprothese | ☐ Rollstuhl | ☐ Badewannenlifter |
| ☐ Hörgerät | ☐ Kompressionsstrümpfe | ☐ Duschstuhl |
| ☐ Hausnotruf | ☐ Toilettensstuhl | ☐ Pflegebett |
| ☐ Unterarmgehstützen | ☐ Toilettensitzerhöhung | ☐ Antidekubitusmatratze |
| ☐ Gehstock | ☐ Urinflasche | ☐ 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 Tagespflegereinrichtung?

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 Pflegepersonen gepflegt 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 eben- ☐ Dusche mit hohem Einstieg ☐ erhöhtem WC
erdigem Einstieg

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)	☐ ja	☐ nein
sich örtlich zu orientieren (z. B. in der Wohnung, auf bekannten Wegen)	☐ ja	☐ nein
sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern (z. B. letzte Mahlzeit)	☐ ja	☐ nein
sich an wichtige Lebensereignisse zu erinnern (z. B. Beruf, Hochzeit)	☐ ja	☐ nein
Sachverhalte zu verstehen (z. B. Nachrichten)	☐ ja	☐ nein
Aufforderungen zu verstehen	☐ ja	☐ nein
Gesprächsinhalte zu verstehen	☐ ja	☐ nein
Ihre Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen	☐ ja	☐ nein
nahestehende Personen zu erkennen	☐ ja	☐ nein
Gefahren zu erkennen (z. B. im Haushalt oder Straßenverkehr)	☐ ja	☐ nein
Handlungen in der richtigen Reihenfolge durchzuführen	☐ ja	☐ 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	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Waschen/Baden/Duschen	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
An- und Auskleiden	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Speisen zerkleinern/Flaschen aufdrehen	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Essen	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Trinken	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Toilettengang	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ komplett
Versorgung mit Inkontinenzmaterial	☐ nein	☐ etwas	☐ überwiegend	☐ 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