

# Selbstauskunftsbogen zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

(Bitte füllen Sie den Bogen gut lesbar und sorgfältig aus. Falls Sie den Bogen nicht selbst ausfüllen können, kann dies auch ein Angehöriger für Sie tun.)

**Hinweis:** Das Ausfüllen des Selbstauskunfts Bogens ist freiwillig. Die Angaben erleichtern jedoch die Bearbeitung eines Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK).

Name, Vorname des Antragstellers: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzt der Antragsteller? (Reihenfolge wie Gutachten Haus-/Heimbesuch)

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Vorlagen	<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl
<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Badehilfe
<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Korsett	<input type="checkbox"/> Urinflasche	<input type="checkbox"/> Pflegebett
<input type="checkbox"/> Unterarm-Gehstützen	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe <input type="checkbox"/> kurz <input type="checkbox"/> lang	<input type="checkbox"/> Urinbeutel <input type="checkbox"/> groß <input type="checkbox"/> klein	<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratz
<input type="checkbox"/> Handgehstock	<input type="checkbox"/> Ernährungspumpe	<input type="checkbox"/> WC-Sitzerhöhung	<input type="checkbox"/> Hausnotruf
	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Häufigkeit der persönlichen Arztbesuche/Arztkontakte des Antragstellers

\_\_\_\_\_mal monatlich     zu Hause                      \_\_\_\_\_mal monatlich     in der Praxis

## Häusliche Situation des Antragstellers

Alleinlebend                       mit Ehepartner/Lebenspartner/Angehörigem

Benötigt der Antragsteller nachts Hilfe?

Nein     Ja, welche und wie oft? \_\_\_\_\_

## Wer pflegt den Antragsteller regelmäßig zu Hause?

Name, Vorname, Geburtsdatum*	Straße*	PLZ Wohnort*	Telefonnummer	Berufstätig über 30h/Woche*	Altersrente*	an wieviel Tagen in der Woche?
				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	
				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	
				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	
				<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Ja	

\*Diese Angaben sind erforderlichlich zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson(en).

**Nimmt der Antragsteller regelmäßig einen Pflegedienst (Sozialstation/Tagespflege) in Anspruch?**

\_\_\_\_\_ x wöchentlich / Was macht der Pflegedienst?

---

---

**Welche gesundheitlichen Probleme hat der Antragsteller?**

---

---

---

---

Falls der Antragsteller schon einmal vom MDK begutachtet worden ist, was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert?

---

---

Körpergröße ..... cm

Körpergewicht ..... kg

**Bestehen geistige/körperliche Störungen?**

Verwechseln der Tageszeiten  sich in der Wohnung nicht zurechtfinden

vertraute Personen nicht erkennen

Auffälliges Verhalten:

---

---

Schluckstörung beim Essen/Trinken

nein

ja

Einschränkung der Finger- und Handfunktion

nein

ja

Gehen alleine (auch mit Hilfsmittel)

nein

ja

Bettlägerigkeit

nein

ja

Blasenschwäche (Blasen-/Urininkontinenz)

nein

teilweise

vollständig

Darmschwäche (Darm-/Stuhlinkontinenz)

nein

teilweise

vollständig

Sonstiges:

---

---

**Was belastet die Pflegeperson bei der Pflege am meisten?**

---

---

---

Bei welchen Verrichtungen besteht ein Bedarf an Hilfe, Anleitung oder Beaufsichtigung:	Hilfebedarf, Anleitung, Beaufsichtigung			Falls ja, wie oft?
	nein	wenig	viel	an wieviel Tagen in der Woche ?
<b>Körperpflege</b>				
Ganzkörperwäsche/Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teilwäsche ( <input type="checkbox"/> Rücken, <input type="checkbox"/> Unterleib, <input type="checkbox"/> Füße)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnpflege ( <input type="checkbox"/> Prothese reinigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Säubern des Intimbereiches nach dem Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Säubern des Intimbereiches nach dem Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hose herunter und hochziehen beim Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Vorlagen wechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Windeln wechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl leeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Urinbeutel leeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Stomabeutel leeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Ernährung</b>				
Kleinschneiden/Pürieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essen beaufsichtigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essen geben (füttern)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken beaufsichtigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sondennahrung geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Mobilität</b>				
Aufstehen/Zubettgehen ( <input type="checkbox"/> mit Lifter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Drehen im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterkörper ankleiden/auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oberkörper ankleiden/auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehen in der Wohnung mit Pflegeperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rollstuhl wird von Pflegeperson geschoben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ich bin damit einverstanden, dass meine Pflegekasse den beim MDK archivierten Selbstauskunftsbogen dort anfordern kann, soweit dies für die Bearbeitung meines Pflegeantrages und zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht meiner Pflegeperson(en) erforderlich ist.  Nein

Ort, Datum:

Name:

Ihre Telefonnummer:

Unterschrift: