



## Fragebogen zur Vorbereitung eines Gutachtens durch den Medizinischen Dienst



**Liebe Leserin, lieber Leser,**

Sie haben für Ihr Kind einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt. Deshalb hat die Pflegekasse den Medizinischen Dienst beauftragt, ein Gutachten zu erstellen.

Zur Vorbereitung der Begutachtung Ihres Kindes durch den Medizinischen Dienst bitten wir Sie, folgende Fragen möglichst sorgfältig zu beantworten und anschließend im beigefügten Umschlag an uns zu senden.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.  
**Ihr Medizinischer Dienst Nordrhein**

---

### Angaben zum pflegebedürftigen Kind

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_-\_\_\_\_\_  
Auftragsnummer

#### 1. Welche Erkrankungen sind bei Ihrem Kind bekannt?

Hier geht es um die Krankheiten, die den Alltag Ihres Kindes am meisten einschränken.

---

---

---

#### 2. Wenn Ihr Kind bereits schon einmal durch den Medizinischen Dienst begutachtet wurde: Was hat sich seitdem bei Ihrem Kind verschlechtert?

---

---

---



### 3. Ist Ihr Kind in der letzten Zeit im Krankenhaus gewesen?

Bitte nennen Sie das Krankenhaus und die Dauer sowie den Grund des Aufenthaltes.

---

---

### 4. Welche Hilfsmittel stehen Ihrem Kind zur Verfügung?

Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen möglich.

- |                                            |                                         |                                                     |
|--------------------------------------------|-----------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="radio"/> Brille               | <input type="radio"/> Rollator          | <input type="radio"/> Inkontinenzprodukte (Windeln) |
| <input type="radio"/> Zahnsperre           | <input type="radio"/> Rollstuhl         | <input type="radio"/> Badewannenlifter              |
| <input type="radio"/> Hörgeräte            | <input type="radio"/> Therapiestuhl     | <input type="radio"/> Duschstuhl                    |
| <input type="radio"/> Kindertoilettenstuhl | <input type="radio"/> Stehtrainer       | <input type="radio"/> Antidekubitusmatratze         |
| <input type="radio"/> Unterarmgehstützen   | <input type="radio"/> Korsett           | <input type="radio"/> Sauerstoffkonzentrator        |
| <input type="radio"/> Badeliege            | <input type="radio"/> Orthesen          | <input type="radio"/> Kinderpflegebett              |
| <input type="radio"/> Inhaliergerät        | <input type="radio"/> Reha-Buggy        | <input type="radio"/> angepasste Sitzschale         |
| <input type="radio"/> Monitor              | <input type="radio"/> Lagerungsschienen | <input type="radio"/> angepasster Autokindersitz    |

Weitere Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

### 5. Welche Schwierigkeiten oder Einschränkungen ergeben sich für Ihr Kind aufgrund der Erkrankungen im Alltag? Wo wird Unterstützung benötigt?

Bitte beschreiben Sie die Beeinträchtigungen in eigenen Worten.

---

---

---

### 6. Allgemeine Informationen

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

Hat Ihr Kind ungewollt abgenommen?

nein

ja, \_\_\_\_\_ kg

### 7. Benötigt Ihr Kind in der Nacht Hilfe?

nein

ja

Wenn ja, welche Hilfe ist in der Nacht nötig?

---

---

### 8. Liegen kognitive Beeinträchtigungen bei Ihrem Kind vor?

- nein       ja      Wenn ja, welche Beeinträchtigungen stehen im Vordergrund?  
Bitte beschreiben Sie kurz die Beeinträchtigungen.

---

---

---

### 9. Zeigt Ihr Kind auffällige Verhaltensweisen, wie z. B. ausgeprägte Unruhe oder Selbstverletzungen wie sich beißen, schlagen?

- nein       ja      Wenn ja, beschreiben Sie bitte kurz das Verhalten des Kindes.

---

---

---

### 10. Geistige Entwicklung

Ist bei Ihrem Kind eine Entwicklungsverzögerung mit dem Förderschwerpunkt der geistigen Entwicklung bekannt und ist Ihr Kind 3 Jahre und älter?

- nein → Weiter mit Frage 11       ja → Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen:

Benötigt Ihr Kind Hilfe, um ...

- |                                                                                |                            |                          |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------------|
| ... bekannte Personen zu erkennen?                                             | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| ... sich zeitlich zu orientieren?                                              | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| ... sich in der Wohnung zu orientieren?                                        | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| ... sich an zurückliegende Ereignisse zu erinnern? (z. B. die letzte Mahlzeit) | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| ... die richtige Reihenfolge beim Waschen/Kleiden einzuhalten?                 | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| ... einem altersgemäßen Gespräch zu folgen?                                    | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |
| ... Regeln/Verbote einzuhalten?                                                | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja |





Hier können Sie alle weiteren Hilfen angeben, die Ihr Kind im Umgang mit der Erkrankung benötigt (z. B. Wundversorgung, Spritzen, Überwachen des Blutzuckers).

---

---

### 15. Wer pflegt das Kind regelmäßig (Pflegeperson)?

Name, Vorname	Straße	PLZ, Wohnort	Pflege- tage pro Woche	Stunden pro Woche
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

### 16. Werden Sie bei der Pflege des Kindes zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt?

nein       ja      Wenn ja, wie oft? \_\_\_\_\_ mal täglich oder \_\_\_\_\_ mal wöchentlich

Name des Pflegedienstes

---

Welche Tätigkeiten übernimmt der Pflegedienst?

---

---

### 17. Bitte nennen Sie uns den behandelnden Kinderarzt bzw. die behandelnde Kinderärztin.

---

Name, Vorname

---

Telefonnummer

---

Anschrift

---

**18. Bitte nennen Sie uns eine Ansprechperson, falls wir Rückfragen zum Fragebogen haben.**

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

**19. Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat.**

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

- Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst von den mein Kind behandelnden Ärztinnen und Ärzten, dem Krankenhaus oder der Reha-Einrichtung ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern sowie Auskünfte bei sonstigen Personen oder Diensten einholen kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Die genannten Unterlagen sind unmittelbar an den Medizinischen Dienst zu senden. Unterlagen, die ich der Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den Medizinischen Dienst weitergegeben werden.

Diese Erklärung gebe ich freiwillig ab. Sie kann von mir jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund des Einverständnisses bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

- Ich versichere, dass die Angaben wahr sind und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht worden sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Erziehungsberechtigten

Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen im beigefügten Umschlag per Post an den Medizinischen Dienst Nordrhein.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

**Ihr Medizinischer Dienst Nordrhein**