

Fragebogen zur Vorbereitung eines Gutachtens durch den Medizinischen Dienst

Liebe Leserin, lieber Leser,

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

Bitte unterstützen Sie uns dabei durch eine gute Vorbereitung. Füllen Sie diesen Fragebogen bitte sorgfältig aus. Diese Angaben sind eine wichtige Grundlage für die Erstellung des Gutachtens. Sie können auch eine Person, die Sie pflegt oder Ihre Situation besonders gut kennt, um Unterstützung beim Ausfüllen bitten.

Schnell und einfach können Sie diesen Fragebogen online ausfüllen und übermitteln unter: md-nordrhein.de/fragebogen. Sie können den ausgefüllten Fragebogen aber auch per Post an uns senden.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr Medizinischer Dienst Nordrhein

Angaben zur pflegebedürftigen Person

Name

Vorname

____/____/____

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

____ - _____

Auftragsnummer

- 1. 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?**

2. Waren Sie in den letzten Wochen bzw. Monaten im Krankenhaus oder in einer Rehabilitation (Kur)?

Bitte nennen Sie das Krankenhaus oder die Reha-Einrichtung, die Dauer und den Grund des Aufenthaltes.

Name Krankenhaus/Reha-Einrichtung	Grund des Aufenthaltes	von – bis
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

3. Welche Hilfsmittel stehen Ihnen zur Verfügung?

Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen möglich.

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

Weitere Hilfsmittel: _____

4. Körpergröße und Gewicht

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

Haben Sie in den letzten Wochen ungewollt Gewicht verloren? nein ja, _____ kg

5. Benötigen Sie bei den folgenden Punkten Unterstützung?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

	Ohne Hilfe/ selbstständig	Etwas Hilfe nötig	Sehr viel Hilfe nötig	Komplett auf Hilfe angewiesen
Stehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kämmen, Rasieren, Zähneputzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen, Baden, Duschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Knöpfe schließen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen zerkleinern, Flaschen öffnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toilettengang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drehen und Wenden im Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstehen aus dem Sitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppensteigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich innerhalb der Wohnung bewegen, auch mit Rollator oder Rollstuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6. Welche Schwierigkeiten oder Einschränkungen ergeben sich aufgrund der Erkrankungen im Alltag?

Bitte beschreiben Sie kurz die wesentlichen Einschränkungen.

7. Benötigen Sie Unterstützung aufgrund schwerer psychischer Probleme?

(zum Beispiel Umtriebigkeit, aggressives oder abwehrendes Verhalten, ausgeprägte Ängste oder Panikattacken, Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage)

nein ja

Wenn ja, welche und wie häufig?

Bitte beschreiben Sie die Probleme und den Hilfebedarf, der sich daraus ergibt.

8. Wobei benötigen Sie Unterstützung?

Bitte Zutreffendes ankreuzen. Benötigen Sie Unterstützung, um ...

- | | | |
|--|--------------------------|----------------------------|
| ... bekannte Personen zu erkennen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| ... sich zeitlich zu orientieren? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| ... sich in der Wohnung zu orientieren? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| ... sich außerhalb der Wohnung zu orientieren? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| ... sich an die letzte Mahlzeit zu erinnern? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| ... einem Gespräch zu folgen? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |
| ... die richtige Reihenfolge beim Waschen/Kleiden einzuhalten? | <input type="radio"/> ja | <input type="radio"/> nein |

9. Benötigen Sie bei folgenden Tätigkeiten Unterstützung? Wenn ja, wie oft?

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- | | | |
|------------------------------------|----------------------------|---|
| Bereitstellen von Medikamenten | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, _____ mal pro Tag |
| Gabe von Medikamenten | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, _____ mal pro Tag |
| Anziehen von Kompressionsstrümpfen | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, _____ mal pro Tag |
| Arztbesuche | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, _____ mal pro Woche |

Erhalten Sie eine der folgenden Therapien?	Wie oft pro Woche?	Wie oft	
		selbstständig	mit Begleitung
<input type="radio"/> Krankengymnastik		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Ergotherapie		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Logopädie		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Sonstiges:		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Gibt es noch weitere Informationen, die wichtig für die Begutachtung sind?

11. Wer pflegt Sie regelmäßig zu Hause (Pflegeperson)?

Name, Vorname	Adresse	Pflegetage pro Woche	Pflegestunden pro Woche
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>

12. Werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt?

nein ja Wenn ja, wie oft? _____ mal täglich oder _____ mal wöchentlich

Name und Adresse des Pflegedienstes:

Welche Tätigkeiten übernimmt der Pflegedienst?

13. Bitte nennen Sie uns den behandelnden Hausarzt bzw. die behandelnde Hausärztin.

Name, Vorname

Telefonnummer

Anschrift

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

Name, Vorname

Telefonnummer

15. Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:

Name, Vorname

Ort, Datum

Unterschrift

- Ich bin damit einverstanden, dass der Medizinische Dienst von den mich 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 Versicherte oder
Vertretungsberechtigte

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung beim Ausfüllen dieses Fragebogens.
Bitte senden Sie den ausgefüllten Fragebogen per Brief im beiliegenden Umschlag zurück.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.
Ihr Medizinischer Dienst Nordrhein