

# Fragebogen für Versicherte/Angehörige/ Pflegepersonen zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

Sehr geehrte Damen und Herren,

Wir wurden von Ihrer Pflegekasse mit der Begutachtung Ihres Antrags auf Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung beauftragt.

Aufgrund der fortschreitenden Ausbreitung des Coronavirus und der damit einhergehenden Lungenerkrankung können wir zurzeit zu Ihrem Schutz leider keine Hausbesuche durchführen. Um auch weiter die Feststellung von Pflegebedürftigkeit nach dem SGB XI sicherstellen zu können, wird durch den MDK ein Fragebogen eingesetzt und ggf. zusätzliche Telefoninterviews durchgeführt.

Dieser Fragebogen wird dazu beitragen und soll Ihnen eine Hilfestellung für die relevanten Sachverhalte der Begutachtung sein. Bitte füllen Sie diesen Fragebogen aus, soweit Ihnen dies möglich ist. Sie können dazu auch Ihre Pflegeperson/-en heranziehen. Beziehen Sie sich bitte bei der Beantwortung auf den Zeitraum ab der Antragsstellung. Senden Sie uns den Fragebogen BITTE schnellstmöglich zurück. Hinweise zu den Rücksendemöglichkeiten sind dem Anschreiben zu entnehmen. Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

## Ihr Medizinischer Dienst der Krankenversicherung

- 1** Name des/der Antragssteller/in: \_\_\_\_\_
- 2** Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): \_\_\_\_\_
- 3** Sind Sie in letzter Zeit im Krankenhaus behandelt worden? Bitte geben Sie den Namen des Krankenhauses, die Aufenthaltsdauer und den Aufnahmegrund an.  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4 Welche Erkrankungen stehen bei Ihnen im Vordergrund?

---

---

---

5 Welche Schwierigkeiten und Probleme ergeben sich aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen in Ihrem täglichen Leben?

---

---

---

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 |
| <input type="checkbox"/> Weitere Hilfsmittel: | _____  |   |

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

- JA  NEIN

Falls ja, mit wem? \_\_\_\_\_

**9** Erhalten Sie Unterstützung durch einen Pflegedienst oder besuchen Sie eine Tagespflegeeinrichtung? (Wenn ja, geben Sie bitte deren Namen an.)

\_\_\_\_\_

Wie oft pro Woche? \_\_\_\_\_

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

- JA, \_\_\_ MAL PRO NACHT  NEIN

**11** Von welchen Personen werden Sie regelmäßig in häuslicher Umgebung gepflegt?  
 Die Angaben sind erforderlich zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen. Nicht gemeint sind ambulante Pflegedienste oder gewerbliche oder privat-gewerbliche Betreuungshilfen.

Name, Vorname Geburtsdatum	Adresse	Pflege- tage pro Woche	Stunden pro Woche	Werden weitere Personen von ihr gepflegt? (ja/nein)

**12** Benötigen Sie im Bereich der Mobilität die Hilfe einer anderen Person?  
 Bitte Zutreffendes ankreuzen.

	nein	etwas	überwiegend	komplett
sich im Bett drehen				
aus dem Bett aufstehen				
sich fortbewegen in der Wohnung				
Treppen steigen				

**13** Brauchen Sie Unterstützung einer anderen Person, um ... (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- sich zeitlich zu orientieren (z.B. Wochentag, Datum, Uhrzeit)
- sich örtlich zu orientieren (z.B. in der Wohnung, auf bekannten Wegen)
- sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern (z.B. letzte Mahlzeit)
- sich an wichtige Lebensereignisse zu erinnern (z.B. Beruf, Hochzeit)
- Sachverhalte zu verstehen (z.B. Nachrichten)
- Aufforderungen zu verstehen
- Gesprächsinhalte zu verstehen
- Ihre Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen
- nahestehende Personen zu erkennen
- Gefahren zu erkennen (z.B. im Haushalt oder im Straßenverkehr)
- Handlungen in der richtigen Reihenfolge durchzuführen

**14** Gibt es weitere Besonderheiten (psychische Problemlagen) im Zusammenhang mit Pflege und Betreuung, bei denen Sie regelmäßig Unterstützung einer anderen Person benötigen, um diese zu bewältigen?

Bitte schildern Sie kurz, um welche Schwierigkeiten es dabei geht - also was eine andere Person für Sie tun muss und wie häufig dies vorkommt.

---



---



---

**15** Benötigen Sie bei Körperpflege und Nahrungsaufnahme die Hilfe einer anderen Person?  
Bitte Zutreffendes ankreuzen.

	nein	etwas	überwiegend	komplett
Gesichtspflege, kämmen				
Waschen, baden, duschen				
An- und Auskleiden				
Essen zerkleinern, Flaschen öffnen				
Essen				
Trinken				
Toilettengang				
Versorgung mit Inkontinenzmaterial				

**16** Bei welchen Maßnahmen, die vom Arzt für mindestens 6 Monate verordnet werden, benötigen Sie die Hilfe einer anderen Person?

- Ich benötige keinerlei personelle Hilfe.
- Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen richten/verabreichen  mal pro Woche
- Injektionen, z.B. Insulin  mal pro Woche
- Blutzuckermessung  mal pro Woche
- Blutdruckmessung  mal pro Woche
- Kompressionsstrümpfe anziehen  mal pro Woche
- Kompressionsstrümpfe ausziehen  mal pro Woche
- andere: \_\_\_\_\_

Wie häufig besuchen Sie im Durchschnitt eine Arztpraxis?

mal monatlich
  alleine
  Begleitung erforderlich

Wie häufig besuchen Sie im Durchschnitt eine Therapeutenpraxis?

Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	mal monatlich	<input type="checkbox"/>	alleine	<input type="checkbox"/>	Begleitung erforderlich
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	mal monatlich	<input type="checkbox"/>	alleine	<input type="checkbox"/>	Begleitung erforderlich
Logopädie	<input type="checkbox"/>	mal monatlich	<input type="checkbox"/>	alleine	<input type="checkbox"/>	Begleitung erforderlich
_____	<input type="checkbox"/>	mal monatlich	<input type="checkbox"/>	alleine	<input type="checkbox"/>	Begleitung erforderlich

**17** Brauchen Sie Unterstützung einer anderen Person, um ... (Zutreffendes bitte ankreuzen)

sich tagsüber zu beschäftigen (z.B. Fernsehen/Radio einschalten, Handarbeit)

nachts zu schlafen, bzw. mit Schlafstörungen zurecht zu kommen

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

telefonisch Hilfe zu holen, falls erforderlich

**18** Hier können Sie noch ergänzende Angaben machen (z.B. wenn der Platz bei einigen Fragen nicht ausreichte oder Sie uns noch auf etwas hinweisen möchten).

---



---



---



---

- 19 Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung beim Ausfüllen dieses Fragebogens. Bitte unterschreiben Sie ihn hier und senden Sie ihn mit dem beiliegenden Freiumschlag an uns zurück.

Ort, Datum

---

Unterschrift

---