

**Hinweis:** Mit der Beantwortung der folgenden Fragen erleichtern Sie die Befragung zu Ihrem Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung durch den MDK. Bitte füllen Sie den Bogen vor dem Termin zum Telefoninterview aus. Sie können sich damit auf das Gespräch so vorbereiten, dass nichts Wichtiges vergessen wird. Bitte halten Sie den Fragebogen beim Telefontermin bereit. Schicken Sie ihn nicht an den MDK zurück. **Wenn möglich, halten Sie bitte auch aktuelle Befunde/Arztbriefe bereit.** Vielen Dank!

**Wer ist beim Telefoninterview zusätzlich zur pflegebedürftigen Person anwesend und gibt Auskunft?**

\_\_\_\_\_  
*Name und Beziehung zur pflegebedürftigen Person (z.B. Ehepartner, Tochter/Sohn, Betreuer etc.)*

**Name der pflegebedürftigen Person** \_\_\_\_\_

**Geburtsdatum** \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm      Körpergewicht: \_\_\_\_\_ kg

**Sind Sie in letzter Zeit in einem Krankenhaus behandelt worden? Bitte nennen Sie die Aufenthaltsdauer und den Aufnahmegrund.**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Erkrankungen stehen bei Ihnen im Vordergrund?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Beschwerden beeinträchtigen Sie im Alltag am meisten?**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Welche Auswirkungen haben die Beeinträchtigungen auf Ihre Selbständigkeit? Wobei benötigen Sie daher die Hilfe einer anderen Person (z.B. bei der Fortbewegung, bei der Körperpflege, bei der Nahrungsaufnahme)?**

---



---



---



---



---



---

**Benötigen Sie bei den folgenden Aktivitäten die Unterstützung einer anderen Person?**

sich im Bett drehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
aus dem Bett aufstehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Waschen/Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
stabil auf einem Stuhl sitzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
gehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hilfe bei Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
sich im Rollstuhl fortbewegen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Speisen kleinschneiden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Treppen steigen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	essen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
			trinken	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Benötigen Sie die Unterstützung einer anderen Person, um...**

sich zeitlich zu orientieren (z.B. Wochentag, Datum, Tageszeit)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
sich örtlich zu orientieren (z.B. in der Wohnung, auf bekannten Wegen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern (z.B. Frühstück)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
sich an wichtige Ereignisse aus Ihrem Leben (z.B. Beruf, Eheschließung) zu erinnern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sachverhalte zu verstehen (z.B. in Zeitungsartikeln und Nachrichtenmeldungen)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Aufforderungen zu verstehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gesprächsinhalte zu verstehen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ihre Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
nahestehende Personen zu erkennen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gefahren zu erkennen (z.B. im Umgang mit Elektrogeräten, Risiken im Verkehr)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
die richtige Reihenfolge beim Waschen und Kleiden einzuhalten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Gibt es weitere Besonderheiten im Zusammenhang mit Pflege und Betreuung, bei denen Sie regelmäßig die Unterstützung einer anderen Person brauchen (z.B. besondere psychische Problemlagen)? Bitte notieren Sie hier kurz, um welche Schwierigkeiten es dabei geht, was eine andere Person dann für Sie tun muss und wie oft das vorkommt.**

---



---



---

### Benötigen Sie bei den folgenden Punkten die Unterstützung einer anderen Person?

sich tagsüber beschäftigen (z.B. Handarbeit, Fernsehen, Radio hören)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
nachts schlafen bzw. mit Schlafstörungen zurechtkommen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
über den Tag hinaus planen (z.B. einen Arzttermin)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
telefonisch Hilfe holen, falls erforderlich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
bei der Haushaltsführung (z.B. Einkaufen)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
bei außerhäuslichen Aktivitäten (z.B. Spaziergänge)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

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

### Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzen Sie?

<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen	<input type="checkbox"/> Toilettensstuhl
<input type="checkbox"/> Zahnprothese	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung
<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukte
<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Urinflasche
<input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Badewannenlifter
<input type="checkbox"/> Hausnotruf	<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Duschstuhl
<input type="checkbox"/> andere (bitte benennen): _____		

### Benötigen Sie nachts die Unterstützung einer anderen Person (z. B. Toilettengang)?

ja, \_\_\_\_mal pro Nacht  nein

### Wer pflegt Sie regelmäßig zu Hause? (regelmäßig bedeutet: mindestens 1x pro Woche)

	Name*, Vorname*	Straße*	PLZ*	Wohnort*	Pflege- tage pro Woche*	Pflegestun- den pro Woche*	Weitere Pflege- bedürftige, die gepflegt werden*
A							
B							
C							
D							

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

### Wie ist Ihre häusliche Situation?

Ich lebe...  alleine  mit Pflegeperson (siehe Tabelle):  A  B  C  D

**Was genau machen die einzelnen Pflegepersonen für Sie (A macht...; B macht...)?**

---

---

---

**Werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt und/oder besuchen Sie eine Tagespflegeeinrichtung?**  ja  nein

Wie oft? \_\_\_\_\_ mal täglich **oder** \_\_\_\_\_ mal wöchentlich

**Name des Pflegedienstes und/oder der Tagespflegeeinrichtung:**

---

**Was macht der Pflegedienst für Sie/bei Ihnen?**

---

---

---

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

Ich benötige keinerlei personelle Hilfe.

Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen (richten und/oder verabreichen) \_\_\_\_\_ mal täglich

Injektionen, z.B. Insulin \_\_\_\_\_ mal täglich

Blutzuckermessung \_\_\_\_\_ mal täglich

Blutdruckmessung \_\_\_\_\_ mal täglich

Kompressionsstrümpfe anziehen \_\_\_\_\_ mal täglich

Kompressionsstrümpfe ausziehen \_\_\_\_\_ mal täglich

andere:

**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