



# Anlage zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

Um die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst (MD) im Rahmen eines Besuches bei Ihnen reibungslos organisieren zu können, bitten wir Sie um die nachfolgenden Angaben.

---

Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungs-Nr. des Pflegebedürftigen

---

Anschrift

**Telefon (Festnetz)**

**Mobiltelefon**

---

**Frühestmöglicher** Begutachtungstermin: | |

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist  
(z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege, etc.):

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

An folgenden Werktagen ist eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich  
(z.B. wegen einer Dialyse, einer Chemotherapie, etc.):

Montag    Dienstag    Mittwoch    Donnerstag    Freitag    Samstag

**Folgende Person soll über den Begutachtungstermin informiert werden:**

Angehöriger    Betreuer    Pflegeperson

**Name**

**Vorname**

---

**Straße und Hausnummer**

---

**Postleitzahl**

**Wohnort**

---

**Telefon (Festnetz)**

**Mobiltelefon**

---

Ist für die Begutachtung ein **Dolmetscher** erforderlich?    Ja, Sprache: \_\_\_\_\_

Gibt es weitere **Besonderheiten**, über die Sie den MD noch informieren möchten:

## Fragebogen zur Pflegesituation

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname, Geburtsdatum und Krankenversicherungs-Nr. des Pflegebedürftigen

\_\_\_\_\_  
Telefon (freiwillige Angabe)

### 1. Diagnosen (zur Bearbeitung des Pflegeantrags unbedingt erforderlich!)

Welche Krankheit, welche Beschwerden hat der/die Versicherte?

Kennen Sie evtl. die Diagnose(n)? (Sie brauchen keine medizinischen Fachworte zu nennen, eine einfache Beschreibung ist auch hilfreich.)

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

### 2. Pflegeperson/en

Wer pflegt den Antragsteller regelmäßig zu Hause?

| Name*, Vorname*,<br>Geburtsdatum* | Straße* | PLZ<br>Wohnort* | Telefon-<br>nummer | Berufs-<br>tätig<br>über 30h/<br>Woche* | Vollrente<br>wegen<br>Alters* | pflegt an<br>wieviel<br>Stunden<br>in der<br>Woche? | pflegt<br>noch<br>weitere<br>Personen* |
|-----------------------------------|---------|-----------------|--------------------|---|-------------------------------|---|--|
|                                   |         |                 |                    | <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   |   | <input type="checkbox"/> Ja            |
|                                   |         |                 |                    | <input type="checkbox"/> Ja             | <input type="checkbox"/> Ja   |   | <input type="checkbox"/> Ja            |

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

Ist ein Pflegedienst an der Pflege beteiligt?

| Name | Anschrift |
|------|-----------|
|      |           |

### 3. Hilfsmittel

|                             |                             |
|-----------------------------|-----------------------------|
| Pflegebett                  | Windeln, Einlagen           |
| Toilettenstuhl / Nachtstuhl | Kompressionsstrümpfe        |
| Bettpfanne / Urinflasche    | Sauerstoffgerät             |
| Gehstock                    | Blasenkatheter              |
| Rollstuhl                   | Urostoma, Stomamaterial     |
| Gehhilfe / Rollator         | Anus praeter, Stomamaterial |
| Arm- / Beinprothesen        | Ernährungssonde (PEG)       |
| Antidekubitusmatratze       | Sonstiges:                  |
| Sonstiges                   | Sonstiges                   |



## 6. Behandlungsmaßnahmen

| <u>Maßnahme</u>  | Häufigkeit der Hilfe <i>durch Andere</i> |             |           |
|------------------|--|-------------|-----------|
|                  | Täglich                                  | Wöchentlich | Monatlich |
| Medikamentengabe |  |             |           |
| Injektionen      |  |             |           |
| Inhalationen     |  |             |           |
| Sonstiges: _____ |  |             |           |
| Verbandwechsel   |  |             |           |
| Stomaversorgung  |  |             |           |
| Abführen         |  |             |           |

|   | Wöchentlich | Monatlich |
|---|-------------|-----------|
| Arztbesuche in Begleitung   |             |           |
| Besuche bei Therapeuten oder anderen medizinischen Einrichtungen<br>Welche? |             |           |
| Sonstiges: _____  |             |           |

## 7. Kognitive und kommunikative Fähigkeiten

Werden Sie von dem/ der Versicherten noch regelmäßig erkannt?

\_\_\_\_\_

Kann man sich mit dem/ der Versicherten noch sinnvoll unterhalten?

\_\_\_\_\_

Gibt es Gedächtnisprobleme? Wenn Ja, wie äußern sich diese?

\_\_\_\_\_

## 8. Verhaltensweisen und psychische Problemlagen

Ist der/ die Versicherte aggressiv oder tötlich gegenüber den Pflegepersonen?

\_\_\_\_\_

Besteht eine Weglauftendenz?

\_\_\_\_\_

Ist der/ die Versicherte nachts unruhig? Muss Hilfe geleistet werden?

\_\_\_\_\_

## 9. Sonstiges

Möchten Sie noch etwas ergänzen?

\_\_\_\_\_

Der Antragsteller wünscht die Zusendung des Gutachtens  ja  nein

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten/Bevollmächtigten