

Die folgenden Informationen werden zur Bearbeitung Ihres Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung von den Begutachtenden benötigt.

Daher bitten wir Sie, diesen Bogen ausgefüllt beim Hausbesuch bereitzuhalten.

Ein Zusenden des ausgefüllten Bogens ist nicht notwendig.

Name: Vorname:

Geb.-Datum: ... / ... / Größe: cm Gewicht: kg

1. Welche Krankheiten behindern Ihre Selbstständigkeit?

.....
.....
.....

2. Waren Sie in den letzten 12 Monaten im Krankenhaus? Wenn ja, wo und warum?

.....
.....
.....

3. Wurde bei Ihnen in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt?

Wenn ja: ambulant oder stationär?

4. Welche Hilfsmittel sind vorhanden? Bitte Zutreffendes ankreuzen!

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Duschstuhl |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese(n) | <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe | <input type="checkbox"/> Pflegebett |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät(e) | <input type="checkbox"/> Toilettenstuhl | <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze |
| <input type="checkbox"/> Hausnotruf | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung | <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator |
| <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen | <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Insulinpen |
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukte | <input type="checkbox"/> Blutzuckermessgerät |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Badewannenlifter | <input type="checkbox"/> Orthesen/Bandagen |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

5. Liegt bei Ihnen ein/e

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Anus praeter = künstlicher Darmausgang | <input type="checkbox"/> Tracheostoma = künstlicher Zugang der Luftröhre |
| <input type="checkbox"/> PEG-Sonde = Ernährungssonde | <input type="checkbox"/> Harnblasenkatheter vor? |

