

# Fragebogen

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

Dieser Fragebogen kann der Vorbereitung auf das angekündigte Telefoninterview des MDK Sachsen dienen und soll Ihnen eine Hilfestellung sein. Sie können diesen Fragebogen soweit wie möglich für sich ausfüllen, oder diesen mit Ihren Angehörigen besprechen.

Beziehen Sie sich bitte bei der Beantwortung **auf den Zeitraum ab Antragsstellung**.

**1. Sind Sie in letzter Zeit im Krankenhaus behandelt worden?**

Wenn ja, weshalb?

---

---

---

**2. Welche Erkrankungen stehen bei Ihnen im Vordergrund (z. B. Arthrose)?**

---

---

---

**3. Welche Schwierigkeiten und Probleme ergeben sich aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen in Ihrem täglichen Leben?**

---

---

---

**4. 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

**5. Welche Hilfsmittel stehen Ihnen schon 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: _____ |  |   |

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

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

**7. Wer unterstützt Sie bisher bei der Bewältigung des Alltags bzw. der Pflege (z. B. Angehörige, Pflegedienst)?**

Wer hilft Ihnen und wobei? (z. B. beim Duschen/Baden)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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

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

**9. 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				

**10. 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

**11. Gibt es weitere Besonderheiten (psychische Problemlagen wie z. B. Depression) 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.

---



---



---

**12. 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				

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

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Ich benötige keinerlei personelle Hilfe.               |  |
| <input type="checkbox"/> Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen richten/verabreichen | <input type="checkbox"/> mal pro Woche |
| <input type="checkbox"/> Injektionen, z.B. Insulin                              | <input type="checkbox"/> mal pro Woche |
| <input type="checkbox"/> Blutzuckermessung                                      | <input type="checkbox"/> mal pro Woche |
| <input type="checkbox"/> Blutdruckmessung                                       | <input type="checkbox"/> mal pro Woche |
| <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe anziehen                          | <input type="checkbox"/> mal pro Woche |
| <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe ausziehen                         | <input type="checkbox"/> mal pro Woche |
| <input type="checkbox"/> andere Maßnahmen _____                                 |  |

**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 |

**14. 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

15. 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).

---

---

---

---

---

*Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung und hören uns beim Telefoninterview.*

*Ihr MDK Sachsen*