Medizinischer Dienst Bayern

Selbstauskunft zur Vorbereitung des Begutachtungstermins

Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unseren Telefonservice: 089 159 060 3333

Wurden Sie in den letzten Monaten oder seit der letzten Begutachtung im Krankenhaus behandelt? Bitte geben Sie die Aufenthaltsdauer im Krankenhaus und die ärztliche/-n Diagnose/-n an.

_____

_____

_____

_____

In welchen Bereichen benötigen Sie personelle Hilfe? z.B. In der Mobilität (Gehen, Stehen usw.), geistige Fähigkeiten, der Körperpflege? Falls es sich um eine Höherstufung handelt, was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert?

_____

_____

_____

_____

_____

Körpergröße _____ cm **Körpergewicht _____ kg**

Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt? ☐ja ☐nein

Falls ja, wann? (Monat/Jahr): _____

Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzen Sie?

☐Brille
☐Zahnprothese
☐Hörgerät
☐Hausnotruf
☐Unterarmgehstützen
☐Gehstock
☐Rollator
☐Rollstuhl
☐Kompressionsstrümpfe
☐Insulinpen
☐Toilettenstuhl
☐Toilettensitzerhöhung
☐Urinflasche
☐Inkontinenzprodukte
☐Badewannenlifter
☐Duschstuhl
☐Pflegebett
☐Antidekubitusmatratze
☐Sauerstoffkonzentrator
☐Blutzuckermessgerät
☐Schlafapnoegerät (CPAP)
andere *(bitte benennen)*:

_____

_____

_____

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

Name des Pflegedienstes:_____

Name der Tagespflegeeinrichtung: _____

Wie ist Ihre häusliche Situation?

Ich lebe ☐alleine ☐mit (z.B. Ehepartner, ...) _____

Wer pflegt Sie regelmäßig zu Hause?

Name*, Vorname*, Geburtsdatum*	Straße*	PLZ*	Wohnort*	Pflegetage pro Woche*	Pflegestunden pro Woche*	Weitere Pflegebedürftige, die von den Pflegepersonen gepflegt werden*

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

Bitte tragen Sie hier Ihre Medikamente ein oder legen Sie zur Begutachtung den Medikamentenplan bereit

Medikament/Dosierung	morgens	mittags	abends	zur Nacht

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

Injektionen, z.B. Insulin _____mal täglich

Blutzuckermessung _____mal täglich

Hilfsmittel z.B. Hörgeräte _____mal täglich

Kompressionsstrümpfe an-/ausziehen _____mal täglich

C-PAP Maske/Sauerstoffgeräte _____mal täglich

_____

Ort, Datum, Unterschrift (Antragsteller/-in oder bevollmächtigte Person)

Die Notwendigkeit der Mitnahme des Fragebogens obliegt der Pflegefachkraft.

Bitte füllen Sie den Selbstauskunftsbogen aus und legen ihn zum Termin bereit. (Bitte nicht zurücksenden)