

Sehr geehrte(r) gesetzliche(r) Vertreter(in) des zu begutachtenden Kindes, zur Vorbereitung auf den Bogen aus und legen Sie ihn beim Hausbesuch vor (**nicht zurücksenden**). Sollte Ihnen der Platz nicht ausreichen, nutzen Sie bitte ein separates Blatt für Ihre Angaben.

Bitte legen Sie aktuelle Krankenhaus- bzw. Reha-Berichte, das gelbe Kinderuntersuchungsheft und vorhandene Entwicklungsberichte, ggf. Schulzeugnisse etc. beim Hausbesuch vor.

1. Angaben zum antragstellenden Kind

Name: _____ Geburtsdatum: _____

Telefonnummer: _____ Größe: _____ Gewicht: _____

2. Wer sind Ihre behandelnden Ärzte des Kindes?

	Name, Fachrichtung, Anschrift	Hausbesuche	Praxisbesuche wie oft?
Hausarzt:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Weitere Ärzte:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
Weitere Ärzte:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

3. Welche Medikamente nimmt das Kind regelmäßig ein?

(ggf. gesondertes Blatt verwenden bzw. Kopie des Medikamentenplans beilegen)

Medikament	morgens	mittags	abends	zur Nacht
Beispiel: ASS 100	1	0	0	0

4. Wird das Kind von Therapeuten / ausgebildeten Kräften behandelt?

	Hausbesuche	Praxisbesuche wie oft?
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Sprachtherapie / Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> andere Therapien / Frühförderung:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> _____

5. Welche Hilfsmittel sind vorhanden / werden genutzt?

- | | | | |
|---|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Gehhilfen | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rehauggy | <input type="checkbox"/> Therapiestuhl |
| <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Windeln/Vorlagen | <input type="checkbox"/> Toilettensitzverkleinerung | <input type="checkbox"/> Badehilfe |
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Inhaliergerät | <input type="checkbox"/> Zahnspange/n | <input type="checkbox"/> Schuheinlagen |
| <input type="checkbox"/> Autokindersitz | <input type="checkbox"/> Orthesen/Stützbandagen | | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____ | | | |

6. Das Kind wird von folgenden Angehörigen / Bekannten gepflegt bzw. versorgt:

Pflege durch	Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum, Telefon	An wie vielen Tagen pro Woche?	Wieviel Stunden pro Woche?
A			
B			
C			
D			

7. Das Kind wird von einem ambulanten Pflegedienst / Sozialstation / Familientlastenden Dienst (mit)versorgt:

- Nein Ja, Name: _____

Der Pflegedienst / Familientlastende Dienst kommt _____ x pro Woche je _____ Stunden

8. Das Kind besucht die Krippe / Kindergarten / SVE / Schule

- Nein Ja, Werktags von _____ bis _____ Uhr

9. Welche gesundheitlichen Probleme schränken das Kind in der Selbstständigkeit ein?

10. Hat das Kind in den letzten 4 Jahren an einer Rehabilitationsmaßnahme teilgenommen?

- Nein Ja, wann? _____

11. Bitte machen Sie Angaben zum letzten bzw. zu wichtigen Krankenhausaufenthalten

Aufenthalt von _____ bis _____ Grund der Aufnahme: _____

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

HINWEIS: Falls Sie diesen Bogen oder andere Unterlagen dem MD-Gutachter*in mitgeben, müssen wir Sie darauf hinweisen, dass diese **nicht archiviert werden**. Nach Erstellung / Abschluss des Gutachtens werden alle Papierunterlagen **datenschutzkonform vernichtet**.

Ort, Datum _____ Unterschrift Pflegeperson _____

Bitte legen Sie diesen Fragebogen beim Hausbesuch vor (nicht zurücksenden)!