

## AUSKUNFTSBOGEN ZUR VORBEREITUNG AUF DAS GESPRÄCH MIT DEM MEDIZINISCHEN DIENST

Liebe Leserin, lieber Leser,

Sie haben einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt. Deshalb hat die Pflegekasse den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) beauftragt, ein Gutachten zu erstellen.

Während der Corona-Epidemie können wir Sie leider nicht persönlich besuchen. Das geschieht vor allem zu Ihrem Schutz. Stattdessen wird eine Gutachterin oder ein Gutachter mit Ihnen oder einer Pflegeperson ein Telefongespräch führen.

Bitte unterstützen Sie die Begutachtung per Telefon durch eine gute Vorbereitung. Füllen Sie diesen Fragebogen bitte sorgfältig aus. Diese Angaben sind eine wichtige Grundlage für das Telefongespräch. Sie können auch eine Person, die Sie pflegt oder Ihre Situation besonders gut kennt, um Unterstützung beim Ausfüllen bitten.

Bitte schicken Sie uns den ausgefüllten Fragebogen per Post.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe.

Ihr MDK Nordrhein

---

### Angaben zur pflegebedürftigen Person

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr)

\_\_\_\_-\_\_\_\_-\_\_\_\_

Auftragsnummer

#### 1. Welche Erkrankungen stehen im Vordergrund?

Hier geht es um die Krankheiten, die den Alltag am meisten einschränken.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**2. Wurden in der letzten Zeit Behandlungen im Krankenhaus oder wurde eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt?**

Bitte nennen Sie das Krankenhaus oder die Reha-Einrichtung und wenn möglich Dauer und Grund des Aufenthaltes.

---

---

---

**3. Welche Hilfsmittel stehen Ihnen zur Verfügung?**

Bitte Zutreffendes ankreuzen. Mehrfachnennungen möglich.

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="radio"/> Brille             | <input type="radio"/> Rollator              | <input type="radio"/> Inkontinenzprodukte    |
| <input type="radio"/> Zahnprothese       | <input type="radio"/> Rollstuhl             | <input type="radio"/> Badewannenlifter       |
| <input type="radio"/> Hörgerät           | <input type="radio"/> Kompressionsstrümpfe  | <input type="radio"/> Duschstuhl             |
| <input type="radio"/> Hausnotruf         | <input type="radio"/> Toilettenstuhl        | <input type="radio"/> Pflegebett             |
| <input type="radio"/> Unterarmgehstützen | <input type="radio"/> Toilettensitzerhöhung | <input type="radio"/> Antidekubitusmatratze  |
| <input type="radio"/> Gehstock           | <input type="radio"/> Urinflasche           | <input type="radio"/> Sauerstoffkonzentrator |

Weitere Hilfsmittel: \_\_\_\_\_

**4. Welche Schwierigkeiten oder Einschränkungen ergeben sich aufgrund der Erkrankungen im Alltag? Wo wird Unterstützung benötigt?**

Bitte beschreiben Sie die Beeinträchtigungen in eigenen Worten.

---

---

---

**5. Liegen geistige Beeinträchtigungen vor?**

Werden zum Beispiel vertraute Personen nicht immer erkannt? Weiß der pflegebedürftige Mensch nicht mehr, wo er sich befindet, oder kennt er Datum und Zeit nicht mehr? Werden Gefahren wie ein eingeschalteter Herd nicht mehr erkannt?

- nein       ja

Wenn ja, welche Beeinträchtigungen stehen im Vordergrund?

Bitte beschreiben Sie die Beeinträchtigungen in eigenen Worten.

---

---

**6. Bestehen schwere psychische Probleme oder Verhaltensauffälligkeiten?**

(zum Beispiel Umtriebigkeit, aggressives oder abwehrendes Verhalten, ausgeprägte Ängste oder Panikattacken, Antriebslosigkeit, depressive Stimmungslage)

nein  ja

Wenn ja, welche und wie häufig? Bitte beschreiben Sie die Probleme und den Hilfebedarf, der sich daraus ergibt, in eigenen Worten.

---



---



---

**7. Wird fremde Hilfe bei folgenden Punkten benötigt?**

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

	Nein, ohne fremde Hilfe	Etwas Hilfe nötig	Überwiegende Hilfe anderer nötig	Komplett fremde Hilfe nötig
Kämmen, Rasieren, Zähneputzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen, Baden, Duschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen zerkleinern, Flaschen öffnen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toilettengang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Drehen und Wenden im Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstehen aus dem Sitzen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppensteigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sich innerhalb der Wohnung bewegen, auch mit Rollator oder Rollstuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**8. Wird Hilfe bei folgenden Tätigkeiten benötigt? Wenn ja, wie oft?**

Bitte Zutreffendes ankreuzen.

- |                                    |                            |   |
|------------------------------------|----------------------------|---|
| Bereitstellen von Medikamenten     | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, _____ mal pro Tag   |
| Gabe von Medikamenten              | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, _____ mal pro Tag   |
| Anziehen von Kompressionsstrümpfen | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, _____ mal pro Tag   |
| Arztbesuche                        | <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> ja, _____ mal pro Woche |

Hier können Sie alle weiteren Hilfen angeben, die im Umgang mit der Erkrankung benötigt werden (z. B. Krankengymnastik, Wundversorgung, Spritzen).

**9. Von wem wird die Pflege regelmäßig erbracht?**

Zur Pflege gehören zum Beispiel die Körperpflege, die Hilfe bei den Toilettengängen, das An- und Auskleiden, Hilfe bei der Nahrungsaufnahme, Betreuung und Beschäftigung, Medikamentengabe.

Name, Vorname der Person, die die Pflege erbringt	Geburtsdatum	Adresse	Pflege- tage pro Woche	Stunden pro Woche	Werden weitere Pflegebedürftige von der Person gepflegt? (ja/nein)

**10. Lebt noch eine weitere Person mit im Haushalt?**

- nein       ja

**11. Erhalten Sie Hilfe durch einen Pflegedienst?**

nein       ja

Pflegedienst	Adresse	Wie oft kommt der Pflegedienst?	
		pro Tag	pro Woche
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

Welche Tätigkeiten übernimmt der Pflegedienst?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**12. Bitte nennen Sie uns den behandelnden Hausarzt bzw. die behandelnde Hausärztin**

_____	_____
Name, Vorname	Telefonnummer
_____	
Anschrift	

**13. Bitte nennen Sie uns eine Ansprechperson, falls wir Rückfragen zum Fragebogen haben.**

_____	_____
Name, Vorname	Telefonnummer

**14. Bitte geben Sie an, wer den Bogen ausgefüllt hat:**

\_\_\_\_\_

Name

\_\_\_\_\_

Vorname

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift

---

- Ich bin damit einverstanden, dass der MDK von den mich behandelnden Ärztinnen und Ärzten, dem Krankenhaus oder der Reha-Einrichtung ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern sowie Auskünfte bei sonstigen Personen oder Diensten einholen kann, soweit diese für die Begutachtung und Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen erforderlich sind. Die genannten Unterlagen sind unmittelbar an den MDK zu senden. Unterlagen, die ich der Pflegekasse zur Verfügung gestellt habe, dürfen an den MDK weitergegeben werden.

Diese Erklärung gebe ich freiwillig ab. Sie kann von mir jederzeit für die Zukunft widerrufen werden. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund des Einverständnisses bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch den Widerruf nicht berührt.

Ich versichere, dass die Angaben wahr sind und nach bestem Wissen und Gewissen gemacht worden sind.

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift Versicherte/r oder  
Vertretungsberechtigte/r

Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung beim Ausfüllen dieses Fragebogens.

Ihr MDK Nordrhein