

Herr
Otto Mustermann
In den grünen Wiesen 70b
55232 Alzey

Datum: 09.10.2024

Ihr Ansprechpartner:
Frau Musterfrau
Telefon: 0631 / 35192-95
Telefax: 0631 / 35192-65
pflege.kaiserslautern@md-rlp.de

Servicezeiten
Mo.-Do.: 08:00 Uhr - 16:00 Uhr
Fr.: 08:00 Uhr - 14:00 Uhr

Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung (SGB XI)

Antragstellende Person: Otto Mustermann, geb.: 01.01.1930

Ihre Telefonnummer: Mobil-Nr.:

Beantragte Leistungen: Pflegegeld (§ 37 SGB XI)

Pflegekasse: Pflegekasse AOK Rheinland/Hamburg, Karlshof am Markt, 52062 Aachen

Auftragsnummer: 1234567890

Sehr geehrter Herr Mustermann,

wir erhielten von Ihrer Pflegekasse den Auftrag zu prüfen, ob die Voraussetzungen für die beantragten Leistungen der Pflegeversicherung vorliegen oder weiterhin erfüllt sind. Wir bitten Sie daher um Unterstützung.

Bitte füllen Sie den beiliegenden Fragebogen aus und senden diesen schnellstmöglich an uns zurück. Sollten Ihnen aktuelle medizinische Unterlagen vorliegen, so stellen Sie uns diese bitte ebenfalls zur Verfügung. Hierzu zählen z.B. Entlassungsberichte, Rehabilitationsberichte, ärztliche Atteste.

Die Unterlagen können Sie uns auf dem Postweg mit dem beiliegenden Freiumschlag oder über folgende Adressen zukommen lassen:

Fax: 0631 / 35192- 65

Mail: pflege.kaiserslautern@md-rlp.de

Alternativ können Sie uns gerne auf unserer Homepage einen Fragebogen in einfacher Sprache ausfüllen unter: **www.md-rlp.de/versicherte/pflegebegutachtung/frage-bogen-pflege** - und uns diesen elektronisch zusenden. Hier können Sie aktuelle medizinische Unterlagen in PDF Version anhängen.

Wir werden Sie im Bedarfsfall kontaktieren oder Ihnen einen Termin für eine Begutachtung mitteilen.

Bitte prüfen Sie daher die oben dargestellte Telefonnummer sowie Ihre Adresse und informieren Sie uns bei Änderungen.

Herzlichen Dank für Ihre Mithilfe!

Ihr Medizinischer Dienst Rheinland-Pfalz

Datenschutz

Zum Datenschutz verweisen wir auf die Bestimmungen der Datenschutz-Grundverordnung (Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG) sowie auf die neue Fassung des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG), gültig ab 25. Mai 2018. Weitere Informationen erhalten Sie unter Datenschutz auf unserer Homepage www.md-rlp.de.

Diese Angaben werden zur Bearbeitung Ihres Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung vom Medizinischen Dienst benötigt.

(Haben Sie uns bereits einen ausgefüllten Fragebogen zukommen lassen, muss dies nicht erneut erfolgen.)

Name der/des Versicherten: Otto Mustermann

Geburtsdatum: 01.01.1930

Telefonisch erreichbar:

Derzeit genutzte Hilfsmittel: (entsprechendes bitte ankreuzen **X**)

- ☐ Brille ☐ Zahnprothese ☐ Hörgerät ☐ Pflegebett ☐ Gehstock
☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ WC-Stuhl ☐ WC-Erhöhung ☐ Badelifter
☐ Inkontinenzartikel (Windeln/Vorlagen) ☐ Urinflasche ☐ Blasenkatheter
☐ Ernährungssonde ☐ Ernährungspumpe ☐ Gehbock
☐ O2 Konzentrator
☐ Sonstiges:

Wer pflegt Sie? Wie hoch ist der Zeitaufwand der Pflege durch diese Person(en)?

Name, Vorname	Geb.-Datum	Adresse und Telefonnummer	Zeitaufwand pro Woche	An wie vielen Tagen/ Woche
.....				
.....				
.....				

Name der Tagespflege:

Welcher ambulante Pflegedienst versorgt Sie? ☐ Keiner

Name des Pflegedienstes:

Was macht der Pflegedienst?

Anzahl der Pflegeeinsätze: x pro Tag oder x pro Woche

Häusliche Situation:

- ☐ alleinlebend ☐ nur nachts alleine ☐ nur tagsüber alleine
☐ mit Ehepartner/Lebenspartner/Angehörigem
☐ Pflegepersonen/Angehörige wohnen in unmittelbarer Nachbarschaft

Größe:

Gewicht:

Welche Ärzte betreuen Sie zur Zeit und wo erfolgt die Behandlung? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Name und Telefonnummer	Fachrichtung	Haus- besuche	Praxisbe- handlung	Begleitung erforderlich	Häufigkeit im Monat
.....		☐	☐	☐	
.....		☐	☐	☐	
.....		☐	☐	☐	

Welche Erkrankungen bzw. Behinderungen bestehen bei Ihnen, die Sie in Ihrem Alltag beeinträchtigen?

Erkrankung/Behinderung/Operation

Bekannt seit

1.
2.
3.
4.

Wie hat sich Ihr Gesundheitszustand verändert seit der letzten Begutachtung? Und seit wann?
(insofern bereits eine Begutachtung stattgefunden hat)

.....

.....

.....

Welche weiteren Behandlungen werden durchgeführt? (Zutreffendes bitte ankreuzen)

	Zu Hause	In Praxis	Wie häufig pro Woche		Zu Hause	In Praxis	Wie häufig pro Woche
Krankengymnastik	☐	☐	_____	Lymphdrainage	☐	☐	_____
Ergotherapie	☐	☐	_____	Logopädie	☐	☐	_____

Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!

	Aktivität selbständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer, punktuellem personeller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; überwiegende personelle Hilfe	Aktivität unselbständig, wird fremd übernommen
Mobilität				
Positionswechsel im Bett (Drehen um die Längsachse, Aufrichten)	☐	☐	☐	☐
Halten einer stabilen Sitzposition (im Sessel)	☐	☐	☐	☐
Umsetzen (Transfers)	☐	☐	☐	☐
Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs (in der Ebene)	☐	☐	☐	☐
Treppensteigen (Transfers)	☐	☐	☐	☐

Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!

Die Fähigkeit ist				
	vorhanden/ unbeeinträchtigt	größtenteils vorhanden	in geringem Maße vorhanden	nicht vorhanden
Kognitive und kommunikative Fähigkeiten				
Zeitliche Orientierung (kennt z.B. Tageszeit, Jahreszeit)	[]	[]	[]	[]
Örtliche Orientierung	[]	[]	[]	[]
Verstehen von Sachverhalten und Informationen	[]	[]	[]	[]
Mitteilen von elementaren Bedürfnissen (Schmerz, Durst, Hunger, Kälte)	[]	[]	[]	[]
Verstehen von Aufforderungen (kognitiv und/oder Hören)	[]	[]	[]	[]

Besondere Verhaltensauffälligkeiten mit pflegerischem Interventionsbedarf:

Bestehen z.B. Unruhezustände, aggressives/abwehrendes Verhalten, Ängste oder andere Verhaltensweisen?

Wenn ja, wie häufig (täglich, mindestens 2x/Woche, weniger als 2x/Woche)

Zutreffendes für jede Aktivität ankreuzen!

	Aktivität selbständig möglich, ggf. mit Hilfsmitteln	Aktivität mit geringer, punktuellem personeller Hilfe möglich	Aktivität nur mit geringer Eigenbeteiligung; überwiegende personelle Hilfe	Aktivität unselbständig, wird fremd übernommen
Körperbezogene Pflegemaßnahmen				
Waschen des vorderen Oberkörpers	[]	[]	[]	[]
Waschen des Intimbereichs	[]	[]	[]	[]
Duschen und Baden (Ober-/Unterkörper, Haare)	[]	[]	[]	[]
An- und Auskleiden des Oberkörpers	[]	[]	[]	[]
An- und Auskleiden des Unterkörpers	[]	[]	[]	[]
Essen	[]	[]	[]	[]
Ernährung über Infusion oder Sonde (PEG/PEJ Sonde)	[]	[]	[]	[]
Trinken	[]	[]	[]	[]
Benutzen einer Toilette oder eines Toilettenstuhls (Gang zur Toilette, Intimhygiene, Richten der Kleidung)	[]	[]	[]	[]
Bewältigen der Folgen einer Harninkontinenz/ Umgang mit Dauerkatheter und Urostoma	[]	[]	[]	[]
Bewältigen der Folgen einer Stuhlinkontinenz/ Umgang mit Stoma	[]	[]	[]	[]

Hilfebedarf in der Nacht: **nein**

[]

Wie oft pro Woche: oder

.....

Wie oft pro Nacht:

.....

Behandlungspflege (voraussichtlich über 6 Monate)	Personelle Hilfe erforderlich?		Häufigkeit / Anzahl		
	Nein	Ja	Täglich	Wöchent- lich	Monat- lich
Medikation (z.B. Tabletten, Augen-Ohrentropfen, Zäpfchen, Schmerzpflaster)	☐	☐	_____	_____	_____
Injektion (z.B. Insulin, Heparin)	☐	☐	_____	_____	_____
Versorgung intravenöser Zugänge	☐	☐	_____	_____	_____
Absaugen und Sauerstoffgabe (auch Inhalation, Dosieraerosole)	☐	☐	_____	_____	_____
Einreibungen sowie Wärme- und Kälteanwendungen (z. B. ärztlich angeordnete Salben/Cremes)	☐	☐	_____	_____	_____
Messung und Deutung von Körperzuständen (z. B. Blutdruck, Puls, Blutzuckermessung)	☐	☐	_____	_____	_____
An- und Ablegen von körpernahen Hilfsmitteln (z. B. Brille, Hörgerät, Kompressionsstrümpfe)	☐	☐	_____	_____	_____
Verbandswechsel und Wundversorgung (Versorgung chronischer Wunden z. B. Dekubitus, Ulcus)	☐	☐	_____	_____	_____
Einmalkatheterisierung und Nutzung von Abführmethoden (z. B. Einlauf, Klistier)	☐	☐	_____	_____	_____
Versorgung mit Stoma (z. B. Tracheostoma, PEG Sonde, Urostoma, Colostoma)	☐	☐	_____	_____	_____

Sonstiges (z. B. Eigenübungsprogramme durch die Pflegeperson, Therapie nach Vojta und Bobath durch die Pflegeperson, Dialyse zu Hause, Beatmung):

Gestaltung des Alltagslebens:

Kann der Tagesablauf gestaltet werden, ist eine selbständige Beschäftigung möglich, kann die Zukunft geplant werden, können soziale Kontakte gestaltet und aufrechterhalten werden?

Vielen Dank!

Datum, Unterschrift