

Selbstauskunft zum Antrag auf Leistungen zur häuslichen Pflege

(Bitte füllen Sie den Bogen gut lesbar und sorgfältig aus. Falls Sie den Bogen nicht selbst ausfüllen können, kann dies auch ein(e) Angehörige(r) oder eine Pflegeperson für Sie tun.)

Name des/der Antragstellenden:	Geburtsdatum:
Telefonnummer:	

Häufigkeit der persönlichen Arztbesuche des/der Antragstellenden

- zu Hause _____ mal monatlich in der Praxis _____ mal monatlich

Welche Hilfsmittel benutzt der/die Antragstellende?

- Brille Rollstuhl kleine Vorlagen Toilettenstuhl
 Zahnprothese Korsett Windeln Badehilfe
 Hörgerät Kompressionsstrümpfe Urinflasche Duschstuhl
 UA-Gehstützen (Knie) Urinbeutel Pflegebett
 (Oberschenkel)
 Handgehstock Ernährungspumpe WC-Sitzerhöhung Antidekubitusmatratze
 Sonstiges: _____

Häusliche Situation des/der Antragstellenden

- Alleinlebend mit Lebenspartner(in) mit Pflegeperson

Wer pflegt den/die Antragstellende(n) regelmäßig zu Hause?

Name, Vorname	Anschrift	Wie viele Stunden in der Woche?

Kann der/die Antragstellende - schlucken?

- normale Speisen und Getränke pürierte Speisen angedickte Getränke PEG

- Knöpfe schließen?

- alleine nur mit Hilfe gar nicht

- mit den Händen erreichen:

- Nacken Gesäß Zehen

- Stehen?

- ohne sich fest zu halten mit Festhalten gar nicht

- in der Wohnung fortbewegen?

- alleine mit Gehilfe mit Pflegeperson
 mit Rollstuhl gar nicht

- das Bett verlassen?

- alleine nur mit Hilfe gar nicht

Blasenschwäche?

- nein zeitweise immer Blasenkatheter

Darmschwäche?

- nein zeitweise immer künstl. Darmausgang

Bei welchen Verrichtungen besteht ein Bedarf an Hilfe, Anleitung oder Beaufsichtigung?	Hilfe, Anleitung, Beaufsichtigung			Falls ja, wie oft am Tag?
	Nein	Wenig	Viel	
Körperpflege				
Ganzkörperwäsche/Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teilwäsche (<input type="checkbox"/> Rücken, <input type="checkbox"/> Unterleib, <input type="checkbox"/> Füße)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahnpflege (<input type="checkbox"/> Prothese reinigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Säubern des Intimbereiches nach dem Wasserlassen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Säubern des Intimbereiches nach dem Stuhlgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Hose herunter oder hochziehen beim Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Vorlagen/Windeln wechseln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl leeren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ernährung				
Kleinschneiden/Pürieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essen anreichen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken geben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobilität				
Aufstehen/Zubettgehen (<input type="checkbox"/> mit Lifter)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Drehen im Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Unterkörper ankleiden/auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Oberkörper ankleiden/auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Braucht der/die Antragstellende ständige Aufsicht?

ja nein bei Tag bei Nacht

Nimmt der/die Antragstellende einen Pflegedienst in Anspruch?

Wenn ja, Name des Pflegedienstes	_____ x wöchentlich
Was macht der Pflegedienst?	

Nimmt der/die Antragstellende regelmäßig eine Tagespflegeeinrichtung in Anspruch?

Wenn ja, Name der Tagespflegeeinrichtung	_____ x wöchentlich
--	---------------------

Name, Vorname

Telefonnummer

Ort, Datum

Unterschrift