

### 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.)

<b>Name des/der Antragstellenden:</b>	<b>Geburtsdatum:</b>
<b>Telefonnummer:</b>	

#### 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  
 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	
<b>Körperpflege</b>				
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"/>	
<b>Ernährung</b>				
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"/>	
<b>Mobilität</b>				
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