

Zurück an

R+V Betriebskrankenkasse
Team Pflege
65215 Wiesbaden

Datum _____

**Anlage zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung:
Pflege-Begutachtung durch den MDK Baden-Württemberg**

Um die Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) im Rahmen eines Besuches bei Ihnen reibungslos organisieren zu können, bitten wir Sie um die nachfolgenden Angaben:

Name, Vorname	
Straße/Haus-Nr.	
PLZ/Ort	
Geburtsdatum	
Telefon-/Mobilnummer	

Frühestmöglicher Begutachtungstermin:

Zeitraum, in dem eine Begutachtung aus **zwingenden** Gründen **nicht** möglich ist (z. B. wegen eines Krankenhausaufenthaltes, einer Rehabilitation, einer Kurzzeitpflege, etc.): _____

_____ bis _____

_____ bis _____

An folgenden Werktagen ist eine Begutachtung aus zwingenden Gründen nicht möglich (z. B. wegen einer Dialyse, einer Chemotherapie, etc.):

- Montag Dienstag Mittwoch Donnerstag Freitag Samstag

Folgende Person soll über den Begutachtungstermin informiert werden:

- Angehöriger Betreuer Pflegeperson

Name, Vorname	
Straße/Haus-Nr.	
PLZ/Ort	
Geburtsdatum	
Telefon-/Mobilnummer	

Ist für die Begutachtung ein **Dolmetscher** erforderlich? Ja, Sprache: _____

(Bitte ggf. über die Pflegekasse veranlassen, der MDK kann keinen Dolmetscher stellen!)

Gibt es weitere **Besonderheiten**, über die Sie den MDK noch informieren möchten:

Fragen zum Hausbesuch

Bitte legen Sie den Bogen bereits ausgefüllt beim Hausbesuch vor. Falls Sie den Bogen nicht selbst ausfüllen können, können dies auch Angehörige oder eine Pflegeperson für Sie tun.

Hinweis: Das Ausfüllen des Fragebogens ist **freiwillig**. Die Angaben erleichtern jedoch die Bearbeitung eines Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung.

Versicherter

Geburtsdatum

1. An welchen Erkrankungen und Beeinträchtigungen leiden Sie und in etwa seit wann?

2. Falls Sie schon einmal vom MDK begutachtet worden sind: Was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert?

3. Waren Sie in der Zwischenzeit im **Krankenhaus** und warum?

4. Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine **Rehabilitation (Kur)** durchgeführt? ja nein

Falls ja, wann? (Monat/Jahr) _____

Wurde die Rehabilitation ambulant oder stationär durchgeführt?

War sie geriatrisch oder indikationsspezifisch (z. B. neurologisch, orthopädisch, kardiologisch)

Wenn möglich, legen Sie bitte zu den o. g. Punkten aktuelle Befunde/Arztbriefe bei (Kopie ausreichend).

5. Besuchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) eine **Arztpraxis**?

_____ mal monatlich allein Begleitung erforderlich

Krankengymnastik _____ mal wöchentlich allein mit Begleitung

Ergotherapie _____ mal wöchentlich allein mit Begleitung

Logopädie _____ mal wöchentlich allein mit Begleitung

_____ mal wöchentlich allein mit Begleitung

6. Nehmen Sie regelmäßig **Medikamente** ein? ja nein
Wie oft am Tag? _____ mal

ja nein

7. Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzen Sie?

- | | | | |
|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Brille | <input type="checkbox"/> Toilettensstuhl | <input type="checkbox"/> Zahnprothese | <input type="checkbox"/> Toilettensitzerhöhung |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Urinflasche | <input type="checkbox"/> Hausnotruf | <input type="checkbox"/> Inkontinenzprodukte |
| <input type="checkbox"/> Unterarmgehstützen | <input type="checkbox"/> Badenwannenlifter | <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Duschstuhl |
| <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Pflegebett | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze |
| <input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe | <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator | | |
- Weitere _____

8. Wie ist Ihre häusliche Situation?

Ich lebe allein mit Pflegeperson A B C D

9. Wer pflegt Sie regelmäßig zu Hause?

Name, Vorname*	Straße* PLZ* / Wohnort*	Tage/ Woche	Std./ Woche	weitere Perso- nen**
A/				
B/				
C/				
D/				

*Diese Angaben sind bei Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson(en) relevant

**Anzahl weiterer Personen, die von dieser Pflegeperson versorgt werden

10. Nehmen Sie regelmäßig einen Pflegedienst in Anspruch?

_____ x wöchentlich _____ x täglich.

Was macht der Pflegedienst?

Ihre Körpergröße _____ cm Ihr Körpergewicht _____ kg

Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen? ja, _____ kg seit _____ Wochen
 nein

Datum, Unterschrift des Pflegebedürftigen

Statt von Ihnen wurde dieser Bogen ausgefüllt von (Name, Vorname; Unterschrift, Datum)

Name, Vorname

Unterschrift

Datum