

# Selbstauskunft zum Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung

BKK VerbundPlus  
Zeppelinring 13  
88400 Biberach

BKK  
PFLEGE  
VERSICHERUNG

Fax: **07351 1824-813**  
E-Mail: [info@bkkvp.de](mailto:info@bkkvp.de)  
Haben Sie Fragen?  
Servicehotline: **0800 2 234 987**  
(Anrufe aus dem Inland kostenfrei)

Bitte in Druckbuchstaben ausfüllen und zurücksenden.

## Hinweise

Mit Ihren Angaben erleichtern Sie die Bearbeitung Ihres Antrages auf Leistungen der Pflegeversicherung durch den MDK. Das Ausfüllen der Selbstauskunft ist selbstverständlich **freiwillig**. Bitte füllen Sie den Bogen gut lesbar und sorgfältig aus. Falls Sie den Bogen nicht selbst ausfüllen können, kann dies auch ein Angehöriger oder eine Pflegeperson für Sie tun.

## Personalien

Name	Vorname
Geburtsdatum	Krankenversicherungsnummer
Straße des Versicherten	PLZ, Ort des Versicherten
Körpergröße in cm	Körpergewicht in kg

## Ungewollte Gewichtsabnahme in den letzten Wochen?

Ja, (Angabe in kg)	Seit (Angabe Anzahl Wochen)
nein	

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

**Sie wurden bereits vom MDK begutachtet: Was hat sich seit der letzten Begutachtung verändert?**

Wenn möglich, legen Sie bitte aktuelle Befunde/Arztbriefe bei (Kopie ausreichend).

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

Falls ja, wann? (Monat/Jahr)	nein
------------------------------	------

Wie wurde die Rehabilitation durchgeführt?      ambulant      stationär

In welcher Form?      geriatrisch      indikationsspezifisch (z. B. neurologisch, orthopädisch, kardiologisch)

**Welche Hilfsmittel/Hilfen benutzen Sie?**

Brille	Rollator	Inkontenzprodukte
Zahnprothese	Rollstuhl	Badewannenlifter
Hörgerät	Kompressionsstrümpfe Kl. II	Duschstuhl
Hausnotruf	Toilettenstuhl	Pflegebett
Unterarmgehstützen	Toilettensitzerhöhung	Antidekubitusmatratze
Gehstock	Urinflasche	Sauerstoffkonzentrator
Andere		

**Wie ist Ihre häusliche Situation? Ich lebe**

allein	mit Angehörigen	mit Pflegeperson	A	B	C	D
--------	-----------------	------------------	---	---	---	---

Pflegeperson	Name, Vorname	Straße	PLZ, Ort
A			
B			
C			
D			

### Zeitliche Einteilung der Pflegeperson/en

Pflegeperson	Tage/ Woche	Stunden/ Woche	Angaben zur Tätigkeit	Weitere Pflegebedürftige die von Ihnen gepflegt werden?
A				ja    nein
B				ja    nein
C				ja    nein
D				ja    nein

Diese Angaben sind erforderlich für die Beurteilung einer Rentenversicherungspflicht der Pflegeperson/en.

### Werden Sie zu Hause von einem Pflegedienst unterstützt?

ja    nein

Wie oft? (Angabe der Anzahl täglich)

oder (Angabe der Anzahl wöchentlich)

Name des Pflegedienstes

Straße

PLZ, Ort

Was macht der Pflegedienst?

### Besuchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Arztpraxis?

Angabe der Anzahl der Besuche monatlich

allein

Begleitung erforderlich

### Besuchen Sie dauerhaft (länger als 6 Monate) eine Therapeutenpraxis?

Krankengymnastik (Angabe der Besuche wöchentlich)

allein

Mit Begleitung

Ergotherapie (Angabe der Besuche wöchentlich)

allein

Mit Begleitung

Logopädie (Angabe der Besuche wöchentlich)

allein

Mit Begleitung

Sonstiges

(Angabe der Besuche wöchentlich)

allein

Mit Begleitung

### Benötigen Sie Hilfe bei Maßnahmen, die vom Arzt für mind. 6 Monate verordnet wurden?

Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen (Richten u/o Verabreichen) (Angabe der Anzahl täglich)	Kompressionsstrümpfe anziehen (Angabe der Anzahl täglich)
Injektionen, z. B. Insulin (Angabe der Anzahl täglich)	Kompressionsstrümpfe ausziehen (Angabe der Anzahl täglich)
Blutzuckermessung (Angabe der Anzahl täglich)	Andere
Blutdruckmessung (Angabe der Anzahl täglich)	nein

### Können Sie die Hände...?

in den Nacken legen      zum Gesäß führen      zu den Füßen bringen      ist nicht möglich

### Können Sie stehen?

nein      nur, wenn ich mich irgendwo festhalte      nur mit Abstützen durch eine Pflegeperson

### Leiden Sie an ...?

einer Blasenschwäche      einer Darmschwäche

### Benötigen Sie nachts personelle Hilfe (z. B. Toilettengang)?

ja, (Anzahl pro Nacht)      nein

### Brauchen Sie personelle Unterstützung bei...?

sich zu orientieren

zeitlich (z. B. Wochentag, Datum, Tageszeit)      örtlich (z. B. Adresse)

sich zu erinnern

an kurz zurückliegende Ereignisse (z. B. Frühstück)

an wichtige Ereignisse aus Ihrem Leben (z. B. Beruf, Eheschließung)

zu verstehen

Aufforderungen      Sachverhalte (z. B. Zeitung)      Gesprächsinhalte

Ihnen nahestehende Personen zu erkennen      ja      nein

Gefahren zu erkennen (z. B. Risiken im Verkehr, Herd anlassen)      ja      nein

die richtige Reihenfolge beim Waschen und Kleiden einzuhalten      ja      nein

### Brauchen Sie bei folgenden Verrichtungen personelle Hilfe?

mich im Bett drehen	nein	etwas	überwiegend	komplett
aus dem Bett aufstehen	nein	etwas	überwiegend	komplett
stabil auf einem Stuhl sitzen	nein	etwas	überwiegend	komplett
gehen	nein	etwas	überwiegend	komplett
sich im Rollstuhl fortbewegen	nein	etwas	überwiegend	komplett
Treppen steigen	nein	etwas	überwiegend	komplett
An- und Auskleiden	nein	etwas	überwiegend	komplett
Waschen/Baden/Duschen	nein	etwas	überwiegend	komplett
Toilettenbenutzung	nein	etwas	überwiegend	komplett
Hilfe bei Inkontinenzprodukten	nein	etwas	überwiegend	komplett
Speisen kleinschneiden	nein	etwas	überwiegend	komplett
essen	nein	etwas	überwiegend	komplett
trinken	nein	etwas	überwiegend	komplett

### Treten Verhaltensauffälligkeiten auf, bei denen Sie personelle Hilfe brauchen?

ja      nein

Wenn ja, welche (z. B. Aggression, Abwehr, Ängste, Wahn)?

Wenn ja, wie oft (z. B. täglich, mehrmals wöchentlich, seltener als wöchentlich)?

Welche Unterstützung leistet die Pflegeperson bei den beschriebenen Verhaltensauffälligkeiten?

### Benötigen Sie personelle Hilfe bei...?

sich tagsüber beschäftigen (z. B. Handarbeit, fernsehen, Radio hören)	ja	nein
nachts schlafen bzw. mit Schlafstörungen zurechtkommen	ja	nein
über den Tag hinaus planen (z. B. einen Arzttermin)	ja	nein
telefonisch Hilfe holen, falls erforderlich	ja	nein

## Benötigen Sie personelle Hilfe bei...?

Folgende Angaben sind wichtig, fließen aber nicht in die Bewertung ein.

Verlassen der Wohnung	ja	nein
Fortbewegung außerhalb der Wohnung	ja	nein
(Mit)fahren im Auto	ja	nein
Fahren im Bus	ja	nein
öffentlichen Veranstaltungen (z. B. in der Kirche)	ja	nein
Einkaufen	ja	nein
Staub wischen	ja	nein
Wäsche waschen	ja	nein
Formulare ausfüllen	ja	nein

## Wünschen Sie die Zusendung des Gutachtens?

ja      nein

## Unterschrift

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------

## Falls Sie den Bogen nicht selbst ausfüllen können

Der Bogen wurde ausgefüllt von

Name	Vorname
------	---------

Funktion (z. B. Betreuer)
---------------------------

Ort	Datum	Unterschrift
-----	-------	--------------