

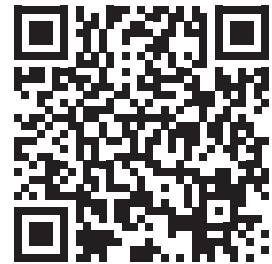
**Medizinischer Dienst Bremen**  
Falkenstraße 9  
28195 Bremen  
Telefon: 0421 1628-168  
pflegebegutachtung@md-bremen.com  
www.md-bremen.com

## Selbstauskunftsbogen

Zur Vorbereitung der Begutachtung durch den Medizinischen Dienst Bremen bitten wir Sie, folgende Fragen sorgfältig zu beantworten. Falls Sie selbst nicht in der Lage dazu sind, bitten Sie am besten eine An- o. Zugehörige, einen An- o. Zugehörigen oder eine Pflegeperson das Ausfüllen für Sie zu übernehmen.

Bitte geben Sie die Daten dieser Person am Ende des Fragebogens an.

Sie finden weitere Informationen auf unserer Internetseite unter:  
[www.md-bremen.com/SAB](http://www.md-bremen.com/SAB)



Für mehr Informationen einfach  
mit Mobiltelefon scannen

### Angaben & Informationen zur antragstellenden Person

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Auftragsnummer: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Krankenversicherungsnr.: \_\_\_\_\_

Straße & Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ/ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

E-Mail (wenn vorhanden): \_\_\_\_\_

**Bitte nennen Sie uns die gesundheitlichen Veränderungen, die der Grund für diesen Antrag sind und geben Sie an, welche Erkrankungen bei Ihnen festgestellt wurden.** (Nennen Sie bitte nur Erkrankungen und Diagnosen, die Sie einschränken und aufgrund derer Sie Hilfe benötigen.)

**Waren Sie seit der letzten Begutachtung im Krankenhaus und wenn ja, warum?**

**Waren Sie in den letzten vier Jahren in einer Rehabilitation (Reha o. Kur)?**

Zeitraum: \_\_\_\_\_ Art: (z. B. orthopädisch) \_\_\_\_\_

**Welche Hilfsmittel stehen Ihnen aktuell zur Verfügung bzw. gebrauchen Sie?**

(Bitte Zutreffendes ankreuzen [X] – Mehrfachnennungen sind möglich.)

Brille	<input type="checkbox"/>	Inkontinenzmaterial	<input type="checkbox"/>	Zahnprothese	<input type="checkbox"/>
Hörgerät	<input type="checkbox"/>	Duschstuhl	<input type="checkbox"/>	Hausnotruf	<input type="checkbox"/>
Unterarmgehilfe	<input type="checkbox"/>	Pflegebett	<input type="checkbox"/>	Gehstock	<input type="checkbox"/>
Urinflasche	<input type="checkbox"/>	Badewannenlifter	<input type="checkbox"/>	Kompressionsstrümpfe	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	Rollator	<input type="checkbox"/>	Toilettensitzerhöhung	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	Sauerstoffkonzentrator	<input type="checkbox"/>	Blutzuckermessgerät	<input type="checkbox"/>

**Weitere Hilfsmittel, die hier nicht aufgeführt sind:**

### **Angaben zum Allgemeinzustand**

**Wie groß und wie schwer sind Sie?**

Körpergröße (in cm): \_\_\_\_\_ Körpergewicht (in kg): \_\_\_\_\_

**Haben Sie im letzten halben Jahr ungewollt an Gewicht verloren?** Ja  Nein

Wenn ja, wie viel (in kg)? \_\_\_\_\_

<b>Fragen zu den körperlichen Einschränkungen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	<b>Ergänzungen</b>
Können Sie die Hände in den Nacken legen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können Sie im Sitzen die Hände bis zum Gesäß führen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können Sie die Hände zu den Füßen führen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können Sie gehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benötigen Sie zum Gehen Hilfsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Brauchen Sie zum Gehen die Hilfe einer Person?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können Sie Treppen steigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können Sie mit einer Hilfsperson Treppen steigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benötigen Sie Hilfe beim Umsetzen (z. B. von der Bettkante auf einen Stuhl oder Rollstuhl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können Sie Knöpfe schließen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können Sie selbständig eine Getränkeflasche öffnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bekommen Sie schlecht Luft, sind Sie kurzatmig? Müssen Sie längere Pausen z. B. bei der Körperpflege einlegen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Bekommen Sie Sauerstoff?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essen Sie ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Trinken Sie ausreichend?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Leiden Sie unter Schluckstörungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benötigen Sie Hilfe beim Schlucken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sind Sie mit einer Magensonde / PEG versorgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine Schwäche der Blase?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Haben Sie eine Schwäche des Darms?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benötigen Sie nachts Hilfe?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wie oft suchen Sie nachts die Toilette auf? (Bitte Zahl eintragen)	-mal		
Sind Sie schwerhörig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Wenn ja: Können Sie mit Ihren Hörgeräten hören?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können Sie mit Ihrer Brille sehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>Fragen zu den geistigen Beeinträchtigungen</b>	<b>Ja</b>	<b>Nein</b>	
Erkennen Sie vertraute Menschen (z. B. Angehörige)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Finden Sie sich in Ihrer Wohnung zurecht (z. B. können Sie das Badezimmer finden)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Finden Sie bekannte Wege in der Stadt, wie z. B. Wege zum Supermarkt oder zum Hausarzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können Sie sich ohne Hilfe von anderen Menschen daran erinnern, was Sie gestern getan oder gegessen haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können Sie sich ohne Hilfe von anderen Menschen an früher erinnern? (Hochzeitsdatum, Beruf, Name der Eltern etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können Sie ohne die Hilfe anderer Menschen die richtige Reihenfolge beim Anziehen sowie beim Waschen einzuhalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können Sie ohne die Hilfe anderer Menschen mit Ihrem Arzt, Ihrer Bank oder mit Ämtern sprechen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Verstehen Sie die Inhalte von Zeitungen oder Fernsehsendungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Können Sie Tageszeiten zuordnen (morgens, mittags, abends)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Liegt bei Ihnen eine schwere Verhaltensauffälligkeit vor?		Ja	Nein
Zum Beispiel aggressives oder abwehrendes Verhalten, ausgeprägte Panikattacken, Wahnvorstellungen, Verstecken und Horten von Gegenständen, rastloses Gehen, Kotschmierer?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, wie häufig?			
täglich <input type="checkbox"/>	mehrmals wöchentlich <input type="checkbox"/>	ein- bis zweimal im Monat <input type="checkbox"/>	ein- bis zweimal alle drei Monate <input type="checkbox"/>

**Wenn ja, bitte beschreiben Sie die Verhaltensauffälligkeit und die Hilfe, die Sie bekommen:**

**Liegt bei Ihnen eine ärztlich diagnostizierte psychische Erkrankung vor?**

Ja  Nein

**Wenn ja, um welche Erkrankung handelt es sich?**

**Wie oft gehen Sie zum Arzt?**

Bei Bedarf  Wöchentlich  Monatlich  Alle drei Monate

**Nehmen Sie Medikamente ein?**

Ja  Nein

Wenn Sie Medikamente nehmen, wie viele sind es und wie häufig nehmen Sie diese ein?

	Anzahl	Wie oft am Tag	Wie oft in der Woche
Tabletten	Stück	-mal	-mal
Inhalation	Stück	-mal	-mal
Augentropfen	Stück	-mal	-mal
Salben	Stück	-mal	-mal
Können Sie Ihre Medikamente allein vorbereiten?	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>
Können Sie Ihre Medikamente alleine einnehmen?	ja <input type="checkbox"/>		nein <input type="checkbox"/>

Benötigen Sie Hilfe bei sonstigen Dingen, wie beispielsweise: Versorgung Stoma, Absaugen, Wundverbände, Spritzen oder ähnliches? Bitte geben Sie an, wie häufig am Tag oder in der Woche:

Sind Sie aktuell für länger als sechs Monate in einer der folgenden Therapien?

	Wie oft in der Woche	Wie oft im Monat	Zuhause	In der Praxis
<b>Physiotherapie</b> (Krankengymnastik)	-mal	-mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ergotherapie</b> (Alltagstraining)	-mal	-mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Logopädie</b> (Sprech- u. Schlucktraining)	-mal	-mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Podologie</b> (med. Fusspflege)	-mal	-mal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Möchten Sie uns etwas mitteilen? Gerne können Sie dies auch digital per E-Mail tun. Einfach eine Nachricht an [pflgebegutachtung@md-bremen.com](mailto:pflgebegutachtung@md-bremen.com) senden. Wir freuen uns auf den Kontakt.

**Wer sind Ihre Pflegepersonen oder die Menschen, die Ihnen helfen?**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Wie viele Tage in der Woche? \_\_\_\_\_ Tage

Wie viele Stunden in der Woche? \_\_\_\_\_ Stunden

**Weitere Person:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Wie viele Tage in der Woche? \_\_\_\_\_ Tage

Wie viele Stunden in der Woche? \_\_\_\_\_ Stunden

**Wenn wir Rückfragen zum Fragebogen haben, möchten wir Sie gerne anrufen.  
Sollten Sie Sprach- oder Hörprobleme haben oder nicht persönlich mit  
uns sprechen können,  
nennen Sie uns gerne eine Ansprechperson:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_ Erreichbarkeit: \_\_\_\_\_

**Dieser Fragebogen wurde ausgefüllt von:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Ort, Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

Speichern Sie das ausgefüllte Dokument auf Ihrem Computer ab und senden Sie es uns anschließend per Post an die rechts stehende Adresse:



**Medizinischer Dienst Bremen**  
Falkenstraße 9  
28195 Bremen  
Telefon: 0421 1628-168  
pflegebegutachtung@md-bremen.com  
www.md-bremen.com