

Bitte füllen Sie den Selbstauskunftsbogen aus und legen ihn zum Termin bereit. (Bitte nicht zurücksenden)
Zur Vorbereitung halten Sie bitte ggf. auch aktuelle Arzt- und Krankenhausberichte bereit. Vielen Dank.

1. Angaben zur Person, die begutachtet werden soll:

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

2. Welche gesundheitlichen Beeinträchtigungen/Einschränkungen im Alltag haben zur Antragstellung geführt:

3. Welche Medikamente nehmen Sie wie oft ein? Bitte Medikamentenplan beim Termin bereithalten.

Medikament/Dosierung	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Die Einnahme der Medikamente erfolgt:

- selbstständig
 durch eine Hilfe vorbereitet, aber selbständig genommen
 müssen vorbereitet und verabreicht werden

4. Welche Hilfsmittel sind vorhanden/werden genutzt?

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gehstock | <input type="checkbox"/> Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl |
| <input type="checkbox"/> Zahnprothese | <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Brille |
| <input type="checkbox"/> Kranken-/Pflegebett | <input type="checkbox"/> Blutzucker-Testgerät | <input type="checkbox"/> Insulin-Pen |
| <input type="checkbox"/> Badewannensitz | <input type="checkbox"/> Badewannen-Lifter | |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges, bitte eintragen: _____ | | |

5. Ich werde von folgenden Angehörigen/Bekanntem gepflegt bzw. versorgt:

Name, Vorname, Anschrift, Geburtsdatum	An wie vielen Tagen die Woche?	Wie viele Stunden die Woche gesamt?

6. Ich werde von einem ambulanten Pflegedienst/Sozialstation (mit-)versorgt:

- Nein Ja, Name bitte eintragen: _____

Ort, Datum _____ Unterschrift _____