

Bezirk Mittelfranken
Sozialreferat – AB 25
Danziger Straße 5
91522 Ansbach

Fragebogen zum Antrag wohnumfeldverbessernde Maßnahmen im Bereich Hilfe zur Pflege

Bitte senden Sie uns folgende Unterlagen zusammen mit diesem Fragebogen zurück:
(falls noch nicht erfolgt)

- mindestens zwei Kostenvoranschläge (verschiedener Firmen über die gleiche Umbaumaßnahme)
- aussagekräftige Bilder des jetzigen Zustandes der örtl. Gegebenheit, die umgebaut werden soll
- ein vollständiges und aktuelles MDK-Gutachten (nicht älter als ein Jahr)
- Bescheid der Pflegekasse über Ihren Antrag auf Leistungen zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach § 40 Abs. 4 SGB XI (bei gesetzlicher oder privater Versicherung)
- Sofern es sich um ein Mietverhältnis handelt: eine Kopie des schriftlichen Einverständnisses des Eigentümers über die geplante Umbaumaßnahme
- Bauplan der Wohnung oder des Hauses bzw. Grundrisssskizze mit Maßangaben

Name, Vorname der pflegebedürftigen Person:	
Geburtsdatum:	Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort
Telefonnummer: (bitte unbedingt angeben!)	
Ist eine Kommunikation in deutscher Sprache möglich? <div style="text-align: right;"><input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN</div>	

Leben weitere Personen im Haushalt? JA / NEIN

Wenn **JA**, geben Sie bitte die Person/-en an: *

Name, Vorname der in der Gemeinschaft lebenden Person :	
Geburtsdatum:	Verwandtschaftsgrad: <input type="checkbox"/> Ehepartner/Lebenspartner <input type="checkbox"/> Kind <input type="checkbox"/> Sonstige:
Telefonnummer:	
Hat die genannte Person einen Pflegegrad? <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	
Wird diese Person ebenfalls durch Ihren Pflegedienst versorgt? <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	
Wenn JA , wie oft <u>am Tag oder in der Woche</u> ist der Pflegedienst bei dieser Person tätig?	

*Sollten weitere Personen im Haushalt leben, bitte um kurze gesonderte Mitteilung der Daten

Private Pflegeperson 1: **

Name, Vorname der <u>privaten</u> Pflegeperson 1:	
Geburtsdatum:	Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort
Telefonnummer: <i>(bitte unbedingt angeben!)</i>	
Berufstätigkeit: <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	

Private Pflegeperson 2: **

Name, Vorname der <u>privaten</u> Pflegeperson 2:	
Geburtsdatum:	Straße, Haus-Nr., Postleitzahl, Wohnort
Telefonnummer: <i>(bitte unbedingt angeben!)</i>	
Berufstätigkeit: <input type="checkbox"/> JA / <input type="checkbox"/> NEIN	

**Sollten weitere Pflegepersonen tätig sein, bitte um kurze gesonderte Mitteilung der Daten

Tätigkeiten Ihrer privaten Pflegeperson/-en:

Bitte kreuzen Sie an, in welchem Bereich Sie Unterstützung durch Ihre **privaten** Pflegeperson/-en benötigen und geben Sie die Häufigkeit **am Tag** oder in der Woche an (z. B. 2 x tgl. oder 3 x wöch.):

<input type="checkbox"/> Aufstehen/zu Bett gehen:	<input type="checkbox"/> An-/Auskleiden:
<input type="checkbox"/> Lagern:	<input type="checkbox"/> An-/Ablegen v. Körperersatzstücken:
<input type="checkbox"/> Körperwäsche:	<input type="checkbox"/> Kämmen:
<input type="checkbox"/> Mund-,Zahn-, Prothesenpflege:	<input type="checkbox"/> Rasieren:
<input type="checkbox"/> Hautpflege:	<input type="checkbox"/> Haar-/Nagelpflege:
<input type="checkbox"/> Baden/Duschen:	<input type="checkbox"/> Blasen- und/oder Darmentleerung:
<input type="checkbox"/> Transfers:	<input type="checkbox"/> Betten machen/Wechsel der Bettwäsche:
<input type="checkbox"/> mundgerechtes Herrichten der Mahlzeiten:	<input type="checkbox"/> Stomaversorgung/Stomabeutel entleeren:
<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme:	<input type="checkbox"/> Verabreichung von Sondennahrung:
<input type="checkbox"/> Trinken:	<input type="checkbox"/> Begleitung bei Aktivitäten:
<input type="checkbox"/> Hilfe beim Verlassen/Aufsuchen der Wohnung:	<input type="checkbox"/> Zubereitung wärmer Mahlzeiten:
<input type="checkbox"/> Zubereitung Frühstück:	<input type="checkbox"/> Zubereitung Abendessen:
<input type="checkbox"/> Einkaufen:	<input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung:
<input type="checkbox"/> Wäscheversorgung:	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe:
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe:	<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung:
<input type="checkbox"/> Insulingabe:	<input type="checkbox"/> Verbandwechsel:
<input type="checkbox"/> Inhalation:	<input type="checkbox"/>
Kurze stichwortartige Beschreibung von weiteren oben nicht aufgeführten Tätigkeiten:	

Pflegedienst:

Nur auszufüllen, wenn ein Pflegedienst versorgt!

Name und Anschrift des versorgenden Pflegedienstes:
Telefonnummer:
Seit wann ist bzw. ab wann wird der Pflegedienst in die Versorgung eingebunden?
Datum:

Bitte geben Sie an, **wie häufig** der Pflegedienst **am Tag** oder in der Woche zu Ihnen kommt:

<input type="checkbox"/> 1 x täglich	<input type="checkbox"/> 1 x wöchentlich
<input type="checkbox"/> 2 x täglich	<input type="checkbox"/> 2 x wöchentlich
<input type="checkbox"/> 3 x täglich	<input type="checkbox"/> 3 x wöchentlich
<input type="checkbox"/> 4 x täglich	<input type="checkbox"/> 4 x wöchentlich
<input type="checkbox"/> Sonstiges: x täglich	<input type="checkbox"/> Sonstiges: x wöchentlich

Bitte kreuzen Sie an, in welchem Bereich Sie Unterstützung durch Ihren **Pflegedienst** benötigen und geben Sie die Häufigkeit **am Tag** oder in der Woche an (z. B. 2 x tgl oder 3 x wöch.):

<input type="checkbox"/> Aufstehen/zu Bett gehen:	<input type="checkbox"/> An-/Auskleiden:
<input type="checkbox"/> Lagern:	<input type="checkbox"/> An-/Ablegen v. Körperersatzstücken:
<input type="checkbox"/> Körperwäsche:	<input type="checkbox"/> Kämmen:
<input type="checkbox"/> Mund-,Zahn-, Prothesenpflege:	<input type="checkbox"/> Rasieren:
<input type="checkbox"/> Hautpflege:	<input type="checkbox"/> Haar-/Nagelpflege:
<input type="checkbox"/> Baden/Duschen:	<input type="checkbox"/> Blasen- und/oder Darmentleerung:
<input type="checkbox"/> Transfers:	<input type="checkbox"/> Betten machen/Wechsel der Bettwäsche:
<input type="checkbox"/> Mundgerechtes Herrichten der Mahlzeiten:	<input type="checkbox"/> Stomaversorgung/Stomabeutel entleeren:
<input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme:	<input type="checkbox"/> Verabreichung von Sondennahrung:
<input type="checkbox"/> Trinken:	<input type="checkbox"/> Begleitung bei Aktivitäten:
<input type="checkbox"/> Hilfe beim Verlassen/Aufsuchen der Wohnung:	<input type="checkbox"/> Zubereitung warmer Mahlzeiten:
<input type="checkbox"/> Zubereitung Frühstück:	<input type="checkbox"/> Zubereitung Abendessen:
<input type="checkbox"/> Einkaufen:	<input type="checkbox"/> Reinigung der Wohnung:
<input type="checkbox"/> Wäscheversorgung:	<input type="checkbox"/> Kompressionsstrümpfe:
<input type="checkbox"/> Medikamentengabe:	<input type="checkbox"/> Blutzuckermessung:
<input type="checkbox"/> Insulingabe:	<input type="checkbox"/> Verbandwechsel:
<input type="checkbox"/> Inhalation:	<input type="checkbox"/>
Kurze stichwortartige Beschreibung von weiteren oben nicht aufgeführten Tätigkeiten:	

Haben Sie einen Hausnotruf? JA / NEIN

Erhalten Sie Essen auf Räder? JA / NEIN

Wer hat die Versorgung bisher erbracht (vor Antragstellung)?

Nur bei Änderung auszufüllen!

Warum ist nun die Versorgung durch einen Pflegedienst erforderlich bzw. warum ist nun ein Mehrbedarf durch den Pflegedienst erforderlich? Was hat sich seit wann verändert?

Nur bei Änderung auszufüllen!

Kurzbeschreibung des Wohnumfeldes (z. B. Wohnung, Haus, Mietverhältnis, Eigenheim, 5. Obergeschoss ohne Aufzug, Bad mit Badewanne, 5 Stufen vor der Wohnungstüre usw.)

Begründen Sie bitte, warum ein Umbau erfolgen muss und beschreiben Sie die geplante Maßnahme genau*:**

(Hinweis: die Bezeichnung „siehe Kostenvoranschlag“ ist keine genaue Beschreibung der Maßnahme.

Welche Hilfsmittel stehen Ihnen zur Verfügung. Bitte geben Sie an, ob diese genutzt werden!

Hilfsmittel	Nutzung	Hilfsmittel	Nutzung	Sonstige Hilfsmittel bitte hier eintragen	Nutzung
<input type="checkbox"/> Rollstuhl <i>manuell</i>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wannelifter	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Rollstuhl <i>elektrisch</i>	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wannensitz	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Wannentisch	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Duschstuhl	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Unterarmgeh- stützen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Pflegebettisch	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Aufstehhilfe	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Hebelifter	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein
<input type="checkbox"/> Toilettensitz- erhöhung	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> Nein

Haben Sie bereits einen Antrag auf ein leistungsfreies Baudarlehen bzw. sonstige Fördermöglichkeiten bei Ihrer Kommune gestellt?

- JA, am _____, bei (Behörde und Telefonnummer) _____
 Baudarlehen KfW / Fördermöglichkeit der Kommune
 Nein

Haben Sie sich vorab bei einer Fachstelle über für Sie geeignete barrierefreie Umbau-
maßnahmen umfassend beraten lassen?

- JA, bei (Name der Fachstelle) _____
 Nein, weil _____

Weitere Mitteilungen von Ihnen an uns: (z. B. *weitere im Haushalt lebende Personen; **weitere Pflegepersonen inklusive Telefonnummer, sonstige Hinweise oder ***weitere Beschreibungen):