



PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

Hauptstelle

Friedrich-Hillegeist-Straße 1
A-1021 Wien
WWW.PENSIONSVERSICHERUNG.AT

Telefon: 050303
Telefax: +43(0)50303-28850
Ausland: +43/50303
PVA@PVA.SOZVERS.AT



Name und Vorname der/des Pflegebedürftigen:

Versicherungsnummer:

BEIBLATT ZUM PFLEGEGELDANTRAG VOM

(Dieses Beiblatt ist nur bei AntragstellerInnen zu verwenden, die durch eine Hospiz- oder palliativmedizinische Einrichtung betreut werden.)

Es beschleunigt das Verfahren durch Vermeidung einer sonst notwendigen Begutachtung durch eine/n unserer VertrauensärztInnen. Es ist daher vollständig ausgefüllt, zusammen mit dem Antragsformular unverzüglich an die Kontaktadresse der zuständigen Landesstelle der PVA weiterzuleiten bzw. bei bereits ergangenem Pflegegeldantrag nachzureichen.

Die Punkte I, II, III und X sind jedenfalls von der/m betreuenden ÄrztIn der Hospiz- bzw. palliativmedizin. Einrichtung auszufüllen, die Punkte IV bis IX können gegebenenfalls - nach Rücksprache mit der/m ÄrztIn - auch durch den Hospiz- bzw. palliativmedizinischen Pflegedienst ausgefüllt werden. Durch die Unterschrift der/s Ärztin/Arztes wird der im Beiblatt festgehaltene Pflegeaufwand bestätigt.

I. Auf Grund welcher chronischer Leiden ist die/der AntragstellerIn pflegebedürftig ?
.....
.....
.....

II. Welche Funktionseinschränkungen resultieren daraus ?
.....
.....
.....

III. Besteht bei der/dem Pflegebedürftigen eine massive Sehbehinderung/ Blindheit und/ oder Taubheit ?
(Kann nur unter Beilage entsprechender aktueller Befunde berücksichtigt werden.)

- 1.) Massive Sehbehinderung/ Blindheit ja nein
- 2.) Taubheit ja nein

IV. Ist die/der Pflegebedürftige im Wohnbereich eingeschränkt mobil ?

	regelm.*	fallw.**	nein
1.) Ist sie/er ohne Hilfsmittel gehfähig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.) Ist sie/er nur mehr mit Hilfsmittel (aber ohne Personenunterstützung) gehfähig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, mit welchem Hilfsmittel ?			

* regelmäßig (regelm.) = täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich
** fallweise (fallw.) = nur gelegentlich zutreffend

		regelm.*	fallw.**	nein
3.)	Ist sie/er – trotz Verwendung von Hilfsmitteln – nur mehr mit Personenunterstützung gehfähig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.)	Ist sie/er vollständig bettlägerig ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.)	Benötigt sie/er Hilfe beim nächtlichen Lagewechsel ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.)	Ist sie/er auf den Gebrauch eines (mechanischen oder elektrischen) Rollstuhles angewiesen und damit <u>aktiv</u> mobil ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Benötigt die/der Pflegebedürftige fremde Hilfe für folgende Verrichtungen ?

		regelm.*	fallw.**	nein
1a)	Tägliche Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b)	Dusche, Vollbad, Haarwäsche, Maniküre etc. (trotz vorhandener Hilfsmittel wie Duschhocker, Haltegriffe, Badewannenlifter, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a)	Komplette Zubereitung einer warmen Hauptmahlzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b)	Hilfestellung beim Zubereiten einer warmen Hauptmahlzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	Einnehmen von mundgerecht vorbereiteten Mahlzeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a)	Notdurft			
	- Begleitung zum WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Hilfe bei der Verrichtung und/oder Reinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b)	Reinigung eines <u>selbstständig</u> ordnungsgemäß benützten Leibstuhles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5a)	An- und Auskleiden der oberen Körperhälfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b)	An- und Auskleiden der unteren Körperhälfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5c)	Minimale Teilhilfe z.B. beim Anziehen von Schuhen und Strümpfen oder Überkopfziehen von Kleidungsstücken unter Berücksichtigung zumutbarer Hilfsmittel wie Strumpfanzieher, langer Schuhlöffel etc..	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	Reinigung nach unkontrollierbarem Stuhlabgang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)	Reinigung nach unkontrollierbarem Harnverlust	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8)	Einnahme von Medikamenten (inkl. Vorrichtungen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9)	Besorgung von Lebensmitteln und Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10)	Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11)	Pflege der Leib- und Bettwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* regelmäßig (regelm.) = täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich

** fallweise (fallw.) = nur gelegentlich zutreffend

- | | regelm.* | fallw.** | nein |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 12) Beheizung einschließlich Besorgung von Heizmaterial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Art der Heizung und des verwendeten Heizmaterials:

Wenn sich die/der Pflegebedürftige dzt. nicht in ihrer/seiner häuslichen Umgebung aufhält und mit einer Rückkehr auch nicht zu rechnen ist, sind die Gegebenheiten ihres/seines jetzigen Aufenthaltes zu berücksichtigen.

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 13) Begleitung außerhalb des Wohnbereiches
(z.B. zu Arztbesuchen oder Therapien) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Zu den Punkten 14-18 ist nur Stellung zu nehmen, wenn die/der Pflegebedürftige mit Stoma, Kanüle, Katheter etc. versorgt ist.

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 14) Pflege eines künstlichen Darmausganges | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15) Pflege einer Luftröhrenkanüle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16) Pflege eines Dauerkatheters | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17) Pflege einer Nahrsonde (PEG-Sonde) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18) Regelmäßig erforderliche Einläufe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| VI. Sind nächtliche Pflegeleistungen erforderlich ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Zutreffendenfalls welche und wie oft ?

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| VII. Besteht Eigen- oder Fremdgefährdung bei Abwesenheit einer Pflegeperson ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

- | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| VIII. Sonstige Gegebenheiten, die den Betreuungsbedarf erhöhen ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|

Zutreffendenfalls welche ?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| IX. Sind noch zielgerichtete (minimale) Bewegungen der Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich ? (z.B. Betätigung der Ruftaste) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|--|-----------------------------|-------------------------------|

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| X. Ist mit einer längerfristig (mehr als 6 Monate) andauernden (pflegeausmaÑrelevanten) Besserung zu rechnen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|---|-----------------------------|-------------------------------|

Wenn ja, in welchem Zeitraum ?Monate

.....
Unterschrift des Pflegedienstes der
betreuenden Hospiz-/Palliativeinrichtung

.....
Datum, Stempel und Unterschrift des/r betreuenden Hospiz-/Palliativ-ÄrztIn,

* regelmäßig (regelm.) = täglich oder zumindest mehrmals wöchentlich

** fallweise (fallw.) = nur gelegentlich zutreffend