

## Persönliche Angaben für die Bewertung der Behinderung (Gesetz Nr. 104/92)

### Persönliche Daten des Patienten/der Patientin, der/die um die Bewertung ersucht

Familienname \_\_\_\_\_ Name \_\_\_\_\_

Telefonnummer der zu kontaktierenden Person \_\_\_\_\_

#### 1. Ist der Patient Zivilinvalide bzw. die Patientin Zivilinvalidin?

Ja, zu \_\_\_\_\_%  mit Begleitzulage  Nein

#### 2. Ist der Patient Arbeits- oder Dienstinvalide bzw. die Patientin Arbeits- oder Dienstinvalidin?

Arbeitsinvalidität:  Ja, zu \_\_\_\_\_%  Nein Dienstinvalidität:  Ja, zu \_\_\_\_\_%  Nein

#### 3. Erhält der Patient/die Patientin ein Pflegegeld?

Ja und zwar die:  Pflegestufe 1, Datum \_\_\_\_\_  Pflegestufe 2, Datum \_\_\_\_\_  
 Pflegestufe 3, Datum \_\_\_\_\_  Pflegestufe 4, Datum \_\_\_\_\_  
 Nein, weil:  Gesuch noch nie gestellt  Gesuch gestellt, wartet auf Einstufung  
 Antrag abgelehnt, Datum \_\_\_\_\_

#### 4. Der Patient/die Patientin wohnt

- allein  
 innerhalb der Herkunftsfamilie  
 mit dem Ehegatten/der Ehegattin bzw. dem Lebensgefährten/der Lebensgefährtin  
 mit anderen Familienangehörigen  
 mit einer Pflegekraft/Familienhilfe  
 vorübergehend in einer sozialen oder sanitären Einrichtung  
 dauerhaft in einer sozialen oder sanitären Einrichtung  
 Gibt es Mitbewohner/Mitbewohnerinnen, welche bedeutende soziale/gesundheitliche Problematiken aufweisen?

Anmerkungen \_\_\_\_\_

#### 5. Aktuelle Wohnsituation

- Stabile und angemessene Wohnsituation  
 Architektonische Barrieren (z. B.: kein Aufzug, vorhandene Stufen, usw.)

Anmerkungen \_\_\_\_\_

#### 6. Berufliche Situation

- Welchen Beruf übt der Patient/die Patientin aus? \_\_\_\_\_  
 Arbeitet mit zeitlich begrenztem Vertrag  
 Arbeitet mit zeitlich unbegrenztem Vertrag \_\_\_\_\_  
 Anstellung durch gezielte Arbeitsvermittlung seit \_\_\_\_\_  
 Gesamte Arbeitsstunden pro Woche \_\_\_\_\_  
 Arbeitszeit angeben \_\_\_\_\_

- Abwesenheit aufgrund von Krankheit (innerhalb der letzten 6 Monate) \_\_\_\_\_
- Arbeitslos seit \_\_\_\_\_
- In Pension seit \_\_\_\_\_
- Anmerkungen \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 7. Kindergarten/Schule

- Hat das Kind einen Stützlehrer/eine Stützlehrerin?  Nein  Ja und zwar für \_\_\_\_\_ Wochenstunden
- Gibt es andere betreuende Fachkräfte?  Nein  Ja und zwar für \_\_\_\_\_ Wochenstunden
- Anmerkungen \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 8. Wie oft werden (pro Monat) ärztliche Kontrollvisiten, Therapien, Behandlungen durchgeführt?

- Dialyse \_\_\_\_\_
- Psychologische/psychiatrische Gespräche \_\_\_\_\_
- Physiotherapie \_\_\_\_\_
- Blutentnahmen \_\_\_\_\_
- Ergotherapie \_\_\_\_\_
- Logopädie \_\_\_\_\_
- Chemotherapie \_\_\_\_\_
- Radiotherapie \_\_\_\_\_
- Fachärztliche Visiten \_\_\_\_\_
- Andere Therapien \_\_\_\_\_
- Anmerkungen \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## 9. Welche Medikamente (aktuelle Therapie anführen oder beilegen) nimmt der Patient/die Patientin?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 10. Benötigt der Patient/die Patientin medizinisch-technische Hilfsmittel (z. B.: Rollstuhl, Krankenhausbett, Gehilfe, usw.)?

Welche? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 11. Welche Einschränkungen und Schwierigkeiten hat der Patient/die Patientin aufgrund der Krankheit (im alltäglichen Leben, bei der Arbeit, im Kindergarten, in der Schule, in der Freizeit, usw.)?

Bitte kurz beschreiben \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 12. Wo benötigt der Patient/die Patientin Hilfestellungen im alltäglichen Leben

Einkäufe tätigen

benötigt immer Hilfe

benötigt gelegentlich Hilfe

benötigt keine Hilfe

Zubereitung der Mahlzeiten

benötigt immer Hilfe

benötigt gelegentlich Hilfe

benötigt keine Hilfe

Essen und Trinken

benötigt immer Hilfe

benötigt gelegentlich Hilfe

benötigt keine Hilfe

Duschen, Baden, allgemeine Hygiene

benötigt immer Hilfe

benötigt gelegentlich Hilfe

benötigt keine Hilfe

Benutzung der Toilette

benötigt immer Hilfe

benötigt gelegentlich Hilfe

benötigt keine Hilfe

Fortbewegung im Haus

benötigt immer Hilfe

benötigt gelegentlich Hilfe

benötigt keine Hilfe

Fortbewegung außer Haus

benötigt immer Hilfe

benötigt gelegentlich Hilfe

benötigt keine Hilfe

Treppen steigen

benötigt immer Hilfe

benötigt gelegentlich Hilfe

benötigt keine Hilfe

Begleitung ins Krankenhaus, zu Ämtern

benötigt immer Hilfe

benötigt gelegentlich Hilfe

benötigt keine Hilfe

Aufstehen, Zubettgehen

benötigt immer Hilfe

benötigt gelegentlich Hilfe

benötigt keine Hilfe

Ankleiden/Auskleiden

benötigt immer Hilfe

benötigt gelegentlich Hilfe

benötigt keine Hilfe

Herrichten und Einnahme der Medikamente

benötigt immer Hilfe

benötigt gelegentlich Hilfe

benötigt keine Hilfe

Ist der Patient/die Patientin inkontinent?

Ja

Nein

Hat der Patient/die Patientin einen Katheter?

Ja

Nein

Wird Hilfe bei der Handhabung des Katheters benötigt?

Ja

Nein

Hat der Patient/die Patientin einen künstlichen Darmausgang/Blasenausgang?

Ja

Nein

Wird Hilfe bei der Handhabung des künstlichen Ausganges benötigt?

Ja

Nein

Anderes \_\_\_\_\_

## 13. Informationen über Verwandte/Verschwägte, welche die Betreuung erbringen

Vor- und Nachname (1) \_\_\_\_\_

Wohnhaft in \_\_\_\_\_

Arbeitssituation \_\_\_\_\_

Anzahl der wöchentlich geleisteten Stunden und Arbeitszeiten \_\_\_\_\_

Derzeit durchgeführte Betreuung und zeitlicher Aufwand \_\_\_\_\_

Eventuelle Schwierigkeiten betreffend geleisteter Fürsorge \_\_\_\_\_

Vor- und Nachname (2) \_\_\_\_\_

Wohnhaft in \_\_\_\_\_

Arbeitssituation \_\_\_\_\_

Anzahl der wöchentlich geleisteten Stunden und Arbeitszeiten \_\_\_\_\_

Derzeit durchgeführte Betreuung und zeitlicher Aufwand \_\_\_\_\_

Eventuelle Schwierigkeiten betreffend geleisteter Fürsorge \_\_\_\_\_

**14. Erbringen andere Dienste/Personen Betreuung? Bei jeder Leistung sind die Wochenstunden anzugeben.**

Hauspflagedienst \_\_\_\_\_

Spezialisierter Hauskrankenpflagedienst \_\_\_\_\_

Familienhilfe \_\_\_\_\_

Haushaltshilfe \_\_\_\_\_

Tagesstätte \_\_\_\_\_

Anderes \_\_\_\_\_

**15. Betreuen weitere Familienangehörige den Patienten/die Patientin? Falls zutreffend, bitte die Namen dieser Familienangehörigen angeben und kurz deren Betreuungstätigkeit beschreiben.**

Ja                       Nein

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_                      Unterschrift des Patienten/der Patientin \_\_\_\_\_

**Vor- und Nachname, Adresse und Verwandtschaftsgrad der Person, die den Fragebogen ausgefüllt hat**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_                      Unterschrift des Erklärenden/der Erklärenden \_\_\_\_\_