

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 _____