

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 \_\_\_\_\_



Betrieblicher Dienst für Rechtsmedizin

Servizio Aziendale di Medicina Legale

**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/Verschwägerte, 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 \_\_\_\_\_