

Ärztliches Zeugnis für den Antrag auf Pflegegeld

Landesgesetz Nr. 9, vom 12. Oktober 2007

Daten des Arztes/der Ärztin:

(in Alternative zum Ausfüllen, kann auch **gut lesbar** der Stempel mit denselben Angaben angebracht werden)

Arzt für Allgemeinmedizin **Basiskinderarzt** **Facharzt** (Zutreffendes ankreuzen)

Nachname: Name

Steuernummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adresse Ambulatorium

PLZ..... Ort..... Provinz

Straße/Platz Nr.

Tel. Mobiltelefon..... e-mail

Daten des Patienten/der Patientin:

Nachname.....Vorname.....

(Nachname verehelicht).....

Geburtsdatum Geburtsort Provinz

Steuernummer

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Wohnadresse (Domizil):

PLZ..... Ort Provinz

Straße/Platz Nr.

- 1. Pflegerelevante Diagnosen**, nach Möglichkeit mit Angabe des Jahres der Erstdiagnose
(digital oder gut leserlich in Blockschrift ausfüllen, keine Abkürzungen verwenden)

1.1 Eventuelle andere Diagnosen

2. Funktionseinschränkungen, aufgrund der erfolgten Visite

(von den Diagnosen abzuleitende Einschränkungen; in jeder Zeile die zutreffende Aussage ankreuzen)

des Stütz- und Bewegungsapparates

keine mäßig schwer Funktionsausfall

Anmerkungen:

der inneren Organe

keine mäßig schwer Funktionsausfall

Anmerkungen:

der Sinnesorgane

keine mäßig schwer Funktionsausfall

Anmerkungen:

des Zentralnervensystems

keine mäßig schwer Funktionsausfall

Anmerkungen:

der Psyche und/oder der kognitiven Leistungen

keine mäßig schwer Funktionsausfall

Anmerkungen:

3. Der/die Patient/In weist Funktionseinschränkungen auf, die bereits seit über sechs Monaten bestehen:

JA NEIN

4. Der/die Patient/In weist Funktionseinschränkungen auf, die voraussichtlich für mehr als sechs Monate bestehen werden:

JA NEIN

5. Antrag auf Pflegegeld für Personen mit fortgeschrittener Krankheit (nur auszufüllen falls zutreffend)

Die Leistung „**PFLEGEgeld FÜR PERSONEN MIT FORTGESCHRITTENER KRANKHEIT**“ laut Beschluss der Landesregierung vom 14.11.2017 Nr. 1246 Art. 11, kann ausschließlich an Terminalpatienten, begrenzt auf sechs Monate ausbezahlt werden.

Der Arzt/die Ärztin bestätigt, dass alle Voraussetzungen für die Zuerkennung dieser Leistung gegeben sind.

Stempel und Unterschrift des Arztes*

*leserlicher Stempel und die Unterschrift des Arztes sind Voraussetzung für die Gültigkeit des Antrags

6. Die Funktionseinschränkungen sind vorwiegend auf ein akutes Ereignis zurückzuführen, welches ein postakutes Rehabilitationsprogramm mit sich bringt:

JA

NEIN

7. Antrag um WIEDEREINSTUFUNG vor Ablauf der Gültigkeit des Einstufungsergebnisses:

a) der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person hat sich seit der letzten Einstufung deutlich verschlechtert und dies hat einen relevant höheren Pflegebedarf zur Folge:

JA

NEIN

b) es handelt sich um eine voraussichtlich dauerhafte Verschlechterung, die mindestens sechs Monate andauern wird:

JA

NEIN

c) ausführliche Beschreibung der Verschlechterung und Begründung für den zusätzlichen Pflege- und Betreuungsbedarf - unerlässlich, wenn die Punkte a) und b) mit JA angekreuzt wurden:

8. Rücksprache mit dem Einstufungsteam ist erwünscht:

JA

NEIN

Eventuelle Anmerkungen

Ort und Datum..... Stempel und Unterschrift*

* leserlicher Stempel und die Unterschrift des Arztes sind Voraussetzung für die Gültigkeit des Antrags