

# 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 lesbar 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 „**PFLEGE GELD 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