

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

Kontakt Daten (mindestens EINE Möglichkeit zur Kontaktaufnahme angeben):

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

Anmerkung (ev. zusätzl. Informationen):

der inneren Organe

☐ keine ☐ mäßig ☐ schwer ☐ Funktionsausfall

Anmerkung (ev. zusätzl. Informationen):

der Sinnesorgane

☐ keine ☐ mäßig ☐ schwer ☐ Funktionsausfall

Anmerkung (ev. zusätzl. Informationen):

des Zentralnervensystems

☐ keine ☐ mäßig ☐ schwer ☐ Funktionsausfall

Anmerkung (ev. zusätzl. Informationen):

der Psyche und/oder der kognitiven Leistungen

☐ keine ☐ mäßig ☐ schwer ☐ Funktionsausfall

Anmerkung (ev. zusätzl. Informationen):

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

☐ JA ☐ NEIN

4. Der Patient/die Patientin 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 27.09.2022 Nr. 694 Art. 11, kann ausschließlich an Terminalpatienten, begrenzt auf 12 Monate ausbezahlt werden.

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

Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin

*leserlicher Stempel und Unterschrift des Arztes/der Ärztin 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 bei Verschlechterung

Achtung: Nur möglich ab dem siebten Monat nach der letzten stattgefundenen Einstufung

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

9. Anfrage um HAUSBESUCH DES EINSTUFUNGSTEAMS – nur auszufüllen, falls notwendig

Der Arzt/die Ärztin stellt fest, dass die Erhebung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfes aus gesundheitlichen Gründen nicht in den Räumlichkeiten des Dienstes für Pflegeeinstufung erfolgen kann und deshalb ein Hausbesuch notwendig ist.

Anmerkung (eventuelle zusätzlichen Informationen):

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Unterschrift des Arztes/der Ärztin ist Voraussetzung für einen **Hausbesuch** im Rahmen der Einstufung

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

leserlicher Stempel und die Unterschrift des Arztes/der Ärztin sind Voraussetzung für die Gültigkeit des Antrags