

Fragebogen zur Vorlage beim Amtsarzt

Landespflegegeld (LPfIGG)

Ort / Datum / Stempel / Unterschrift des behandelnden Arztes

Name, Vorname, Geb.-Datum und Anschrift des Patienten

1. Diagnosen, die zur Antragstellung geführt haben:

2. Besteht eine Doppeloberschenkelamputation? ja nein
Können Prothesen getragen werden? (Erläuterung Ziff. 30) ja nein
Bestehen weitere Behinderungen? (Erläuterung Ziff. 30) ja nein
3. Sind beide Hände amputiert? ja nein
4. Sind zwei Füße und eine Hand amputiert? ja nein
5. Ist noch Bewegung **innerhalb** der Wohnung möglich?
 nein / ja alleine mit Hilfsperson mit Krücken mit Rollstuhl
6. Ist noch Bewegung **außerhalb** der Wohnung möglich?
 nein / ja alleine mit Hilfsperson mit Krücken mit Rollstuhl
7. Liegt vollkommene **Stehunfähigkeit** vor? ja nein
8. Liegt vollkommene **Gehunfähigkeit** vor? ja nein
9. Kann der Patient zeitweise das **Krankenlager** verlassen?
- auf dem Sofa gelagert werden (_____Std.) ja nein
- außerhalb des Bettes sitzen (_____Std.) ja nein
10. Besteht **Harninkontinenz**?
 nein / ja gelegentlich häufig dauernd
11. Besteht **Stuhlinkontinenz**?
 nein / ja gelegentlich häufig dauernd
12. Werden wegen der **Inkontinenz** Vorlagen Windeln Dauerkatheter benutzt? ja nein
13. Ist die Benutzung der Bettschüssel erforderlich?
 nein / ja gelegentlich häufig dauernd
14. Wird ein Zimmerklosett benutzt?
 nein / ja alleine mit Hilfeleistung
15. Kann der Patient noch auf die Toilette?
 nein / ja alleine mit Hilfeleistung
16. Reinigen nach dem Stuhlgang? alleine Hilfsperson
17. Bestehen Dekubitusgeschwüre?
 nein / ja gelegentlich häufig therapieresistent
18. Besteht erheblich beeinträchtigende Geruchseinwirkung? ja nein

19. **Körpergewicht** _____ kg **Körpergröße** _____ cm

Wenn nicht bekannt und auch nicht ungefähr einschätzbar:

Besteht Kachexie?

ja nein

Besteht ein erhebliches Körpergewicht?

ja nein

20. Müssen die **Mahlzeiten** mundgerecht vorgesetzt werden?

nein / ja zeitweise jedesmal

Muss der Patient gefüttert werden?

nein / ja zeitweise jedesmal

21. Wie kann der Patient **trinken**?

Schnabelflasche nur mit Trinkhalm nur mit fremder Hilfe alleine aus normaler Tasse / Glas
 zeitweise ständig

22. **Benötigt der Patient Hilfe beim:**

An- und Auskleiden

nein / ja gelegentlich häufig dauernd

Baden

nein / ja gelegentlich häufig dauernd

Waschen

nein / ja gelegentlich häufig dauernd

Kämmen

nein / ja gelegentlich häufig dauernd

Rasieren

nein / ja gelegentlich häufig dauernd

Aufstehen

nein / ja gelegentlich häufig dauernd

Hinlegen

nein / ja gelegentlich häufig dauernd

23. Kann der Patient alleine gelassen werden?

nein / ja Wie lange? _____ Std.

24. Ist die Bereitschaft einer Pflegeperson erforderlich?

nein / ja zeitweise ständig tags nachts

25. Besteht **Aggressivität**? (Erläuterung Ziff. 30)

ja nein

26. Bestehen **Verwirrtheitszustände**?

nein / ja gelegentlich häufig dauernd

27. Liegt eine dauernde **außergewöhnliche** motorische Unruhe vor, die ständiger Aufsicht bedarf?

ja nein

28. **Seit wann** liegt **Pflegebedürftigkeit** vor?

29. Letzte **Krankenhausbehandlung**: (von – bis / Name und Ort des Krankenhauses)

1. _____

2. _____

30. **Weitere Erläuterungen zur Pflegebedürftigkeit:**