

Fragebogen zur Vorlage beim Amtsarzt

- Landespflegegeld (LPfIGG)
- Pflegegeld nach dem SGB XII

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? ja nein
 nein / ja alleine mit Hilfsperson mit Krücken mit Rollstuhl
6. Ist noch Bewegung **außerhalb** der Wohnung möglich? ja nein
 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**? ja nein
- 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 ja nein
benutzt?
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?
20. Müssen die **Mahlzeiten** mundgerecht vorgesetzt werden?
 nein / ja zeitweise jedes Mal
- Muss der Patient gefüttert werden?
 nein / ja zeitweise jedes Mal
21. Wie kann der Patient **trinken**?
 Schnabellasse nur mit Trinkhalm nur mit fremder Hilfe alleine aus normaler Tasse/Glas
 zeitweise ständig
22. **Benötigt der Patient Hilfe beim:**
- | | | | | |
|--------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------|----------------------------------|
| An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> dauernd |
| Baden | <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> dauernd |
| Waschen | <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> dauernd |
| Kämmen | <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> dauernd |
| Rasieren | <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> dauernd |
| Aufstehen | <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> dauernd |
| Hinlegen | <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> gelegentlich | <input type="checkbox"/> häufig | <input type="checkbox"/> 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 **Verwirrheitszustände**?
 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** :