



PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

Landesstelle Wien
Friedrich-Hillegeist-Straße 1
A-1021 Wien
WWW.PENSIONSVERSICHERUNG.AT

Telefon: 050303

Telefax: +43(0)50303-27391



Name und Vorname der/des Pflegebedürftigen:

Versicherungsnummer:

BEIBLATT ZUM PFLEGEgeldANTRAG VOM

Dieses Beiblatt ist nur bei AntragstellerInnen zu verwenden, die durch eine Hospiz-oder palliativmedizinische Einrichtung betreut werden.

Es beschleunigt das Verfahren durch Vermeidung einer sonst notwendigen Begutachtung durch eine/n unserer VertrauensärztInnen. Es ist daher vollständig ausgefüllt, zusammen mit dem Antragsformular unverzüglich an die Kontaktadresse der zuständigen Landesstelle der PVA weiterzuleiten bzw. bei bereits ergangenem Pflegegeldantrag nachzureichen.

I. Auf Grund welcher chronischer Leiden ist die/der AntragstellerIn pflegebedürftig?

II. Welche Funktionseinschränkungen resultieren daraus?

III. Besteht bei der/dem Pflegebedürftigen eine massive Sehbehinderung/ Blindheit und/oder Taubheit ?
(Kann nur unter Beilage entsprechender aktueller Befunde berücksichtigt werden.)

1.)	Massive Sehbehinderung/ Blindheit	<input type="checkbox"/> ja, überwiegend	<input type="checkbox"/> nein
2.)	Taubheit	<input type="checkbox"/> ja, überwiegend	<input type="checkbox"/> nein

IV. Ist die/der Pflegebedürftige im Wohnbereich eingeschränkt mobil ?

		Ja (überwiegend)	nein
1.)	Ist die/der Pflegebedürftige frei gehfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.)	Benötigt sie/er dabei Hilfsmittel? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		ja (überwiegend)	nein

3.)	Benötigt sie/er dabei Personenunterstützung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.)	Ist sie/er vollständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.)	Ist für den Lagewechsel im Bett Personenunterstützung erforderlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.)	Ist sie/er auf den Gebrauch eines Rollstuhles angewiesen und damit eigenständig mobil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.)	Ist sie/er auf den Gebrauch eines Rollstuhles angewiesen und damit dennoch nur mit Personenunterstützung mobil?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

V. Benötigt die/der Pflegebedürftige fremde Hilfe für folgende Verrichtungen?

		ja (überwiegend)	nein
1a)	tägliche Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1b)	Dusche, Vollbad, Haarwäsche, Maniküre etc. (trotz vorhandener Hilfsmittel wie Duschhocker, Haltegriffe, Badewannenlifter, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2a)	Zubereitung einer warmen Hauptmahlzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2b)	Hilfestellung beim Zubereiten einer warmen Hauptmahlzeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3)	Einnehmen von mundgerecht vorbereiteten Mahlzeiten		
	3a) oral	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3b) per Nasen- oder PEG-Sonde	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4a)	Weg zum WC/Leibstuhl, aber nicht für Körperreinigung danach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4b)	Weg zum WC/Leibstuhl sowie auch für Körperreinigung danach	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4c)	Reinigung eines <u>selbstständig</u> ordnungsgemäß benützten Leibstuhles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5a)	An- und Auskleiden der oberen Körperhälfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5b)	An- und Auskleiden der unteren Körperhälfte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6)	Versorgung von Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7)	Versorgung von Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8a)	Vorrichten u/o Einnahme oraler Medikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8b)	Verabreichung von subkutanen Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9)	Besorgung von Lebensmitteln und Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10)	Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11)	Pflege der Leib- und Bettwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12)	Beheizung einschließlich Besorgung von Heizmaterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Art der Heizung und des verwendeten Heizmaterials:		
	Wenn sich die/der Pflegebedürftige dzt. nicht in ihrer/seiner häuslichen Umgebung aufhält und mit einer Rückkehr auch nicht zu rechnen ist, sind die Gegebenheiten ihres/seines jetzigen Aufenthaltes zu berücksichtigen		
13)	Begleitung außerhalb des Wohnbereiches (z.B. zu Arztbesuchen oder Therapien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zu den Punkten 14-18 ist nur Stellung zu nehmen, wenn die/der Pflegebedürftige mit Stoma, Kanüle, Katheter etc. versorgt ist.		ja	nein
14a)	Pflege eines künstlichen Darmausganges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14b)	Pflege eines Nephrostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15)	Pflege einer Luftröhrenkanüle (Tracheostoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16)	Pflege eines Dauerkatheters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17)	Pflege einer Ernährungssonde (ausgenommen Nahrungszufuhr über Nasensonde, siehe Punkt (3))	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18)	Regelmäßig erforderliche Einläufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. Sind nächtliche Pflegeleistungen erforderlich (Windelwechsel, Lagewechsel,...)?

Wenn ja, welche und wie oft?

.....

VII. Besteht Eigen- oder Fremdgefährdung bei Abwesenheit einer Pflegeperson?

VIII. Sonstige Gegebenheiten, die den Betreuungsbedarf erhöhen?
(z.B. häufiges Erbrechen mit Aspirationsgefahr, gehäuft Epi-Anfälle)

Wenn ja, welche?

IX. Sind noch zielgerichtete (minimale) Bewegungen der Extremitäten mit funktioneller Umsetzung möglich ? (z.B. Betätigung der Ruftaste)

X. Ist mit einer längerfristig (mehr als 6 Monate) andauernden (pflegeausmaßrelevanten) Besserung zu rechnen?

Wenn ja, in welchem Zeitraum?Monate

Unterschrift des Pflegedienstes der betreuenden
Hospiz-/Palliativeinrichtung (fakultativ)

.....

Datum, Stempel und Unterschrift des/r betreuenden Hospiz-/Palliativ-ÄrztIn (obligat)

.....