

PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT



Landesstelle OÖ
Terminal Tower, Bahnhofplatz 8
4021 Linz
www.pensionsversicherung.at

Telefon: 050303
Telefax: +43(0)50303-36390
Ausland: +43/50303
pva-iso@pensionsversicherung.at



Name und Vorname der/des Pflegebedürftigen: _____

Versicherungsnummer: _____

BEIBLATT ZUM PFLEGEgeldANTRAG vom: _____

ERHEBUNG DES PFLEGEbedARFS ZUR BESCHLEUNIGUNG DES PFLEGEgeldVERFAHRENS WÄHREND DER COVID 19 PANDEMIE

Es beschleunigt das Verfahren durch Vermeidung einer sonst notwendigen Begutachtung durch unsere VertrauensärztInnen. Es ist daher vollständig ausgefüllt, unverzüglich an die Kontaktadresse der zuständigen Landesstelle der PVA weiterzuleiten bzw. bei bereits ergangenen Pflegegeldantrag nachzureichen. **Wir weisen allerdings darauf hin, dass dieses Beiblatt eine eventuell notwendige Begutachtung zur gegebenen Zeit nicht ausschließt.**

Die Punkte I, II und III sind jedenfalls **von der/dem betreuenden Ärztin/Arzt** auszufüllen, die Punkte IV bis XI können gegebenenfalls – nach Rücksprache mit der Ärztin/dem Arzt – auch durch **den Pflegedienst** ausgefüllt werden. **Durch die Unterschrift der Ärztin/des Arztes wird der im Beiblatt festgehaltene Pflegeaufwand bestätigt.**

I. Auf Grund welcher Krankheit(en) besteht Pflegebedarf?

II. Welche Funktionseinschränkungen resultieren daraus?

III. Besteht bei der/dem Pflegebedürftigen hochgradige Sehbehinderung, Blindheit und/oder Taubheit? (*Beilage entsprechender aktueller **Befunde** erforderlich!*)

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

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

		ja	nein
1.)	Ist sie/er ohne Hilfsmittel gehfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.)	Ist sie/er nur mehr mit Hilfsmittel jedoch ohne Personenunterstützung gehfähig? Wenn ja, mit welchem Hilfsmittel?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.)	Ist sie/er – gegebenenfalls trotz Verwendung von Hilfsmitteln – nur mehr mit Personenunterstützung gehfähig? oder Benötigt sie/er Personenunterstützung nur bei vereinzelt Lagewechseln? (Aufstehen aus liegender Position, Treppensteigen)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.)	Ist sie/er vollständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.)	Ist sie/er auf den Gebrauch eines Rollstuhls angewiesen und damit eigenständig mobil? oder Ist sie/er auf den Gebrauch eines Rollstuhls angewiesen und damit dennoch nur mit Personenunterstützung mobil?	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

V. Benötigt die/der Pflegebedürftige Betreuung im persönlichen Lebensbereich?

		ja	nein
1.)	<u>Körperpflege:</u> a) Hilfe bei täglicher Körperpflege (gesamt) oder nur b) Hilfe bei Dusche, Vollbad, Haarwäsche, Maniküre, etc. (trotz vorhandener Hilfsmittel wie Duschhocker, Haltegriffe, Badewannenlifter, etc.) oder nur c) Hilfe bei typischen Teilverrichtungen: Frisieren, Rasieren, Zahnpflege	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2.)	<u>Ernährung:</u> a) Komplette Zubereitung einer warmen Hauptmahlzeit oder nur b) Hilfestellung beim Zubereiten einer warmen Hauptmahlzeit jedenfalls zu beantworten: c) Hilfe bei Einnahme von mundgerecht vorbereiteten Mahlzeiten bzw. von Getränken	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

VSNR: _____

		ja	nein
3.)	<p><u>Ausscheidung:</u></p> <p>Nur Reinigung eines selbstständig ordnungsgemäß benutzten Leibstuhls</p> <p>oder</p> <p>Nur Begleitung zum WC/Leibstuhl</p> <p>oder</p> <p>Hilfe bei der Verrichtung (Aufsuchen der Toilette, An-, Auskleiden) und/oder Reinigung</p> <p>jedenfalls zu beantworten:</p> <p>Reinigung bei Stuhlinkontinenz Wenn ja: wie oft/Tag? _____</p> <p>Reinigung bei Harninkontinenz Wenn ja: wie oft/Tag? _____</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.)	<p><u>An- und Auskleiden:</u></p> <p>Nur minimale Teilhilfe zB beim Anziehen von Schuhen u. Strümpfen oder Überkopfziehen von Kleidungsstücken trotz zumutbarer Hilfsmittel wie Strumpfanzieher, langer Schuhlöffel, etc.</p> <p>oder</p> <p>Hilfe beim An- und Auskleiden - <u>obere</u> Körperhälfte</p> <p>und/oder</p> <p>Hilfe beim An- und Auskleiden - <u>untere</u> Körperhälfte</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.)	Einnahme/Verabreichen von Medikamenten (inkl. Vorrichten) exklusive Injektionen/Infusionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.)	Verabreichung von subcutanen Injektionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Zu den Punkten 7 - 17 ist nur gegebenenfalls Stellung zu nehmen!

		ja	nein
7.)	Pflege eines künstlichen Darmausgangs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.)	Pflege eines Nephrostomas oder suprapubischen Blasenkatheters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.)	Pflege einer Luftröhrenkanüle (Tracheostoma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.)	Pflege eines transurethralen Blasenkatheters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.)	Pflege einer Entlastungssonde, eines Drainagesystems (zB Pleura-, Peritoneal-, Gallengangdrainage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.)	Pflege einer Ernährungs-sonde (Nasensonde, PEG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.)	Versorgung mit parenteraler Ernährung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.)	Verabreichung von subcutanen Infusionen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.)	Pflege eines Port-a-Cath-Systems, PICC Katheters	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.)	Pflege einer PCA-Pumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.)	Regelmäßig erforderliche Einläufe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. Benötigt die/der Pflegebedürftige fremde Hilfe im sachlichen Lebensbereich?

		ja	nein
1.)	Besorgung von Lebensmitteln und Medikamenten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.)	Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.)	Pflege der Leib- und Bettwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.)	Beheizung einschließlich Besorgung von Heizmaterial Wenn ja, 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 Aufenthalts zu berücksichtigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.)	Begleitung außerhalb des Wohnbereichs (zB zu Arztbesuchen oder Therapien)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.)	Ist das Lenken eines KFZ's eigenständig möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII.	Sind nächtliche Pflegeleistungen erforderlich (Wechsel der Inkontinenzversorgung, Lagewechsel, etc.)? Wenn ja, welche und wie oft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VIII.	Besteht Eigen- oder Fremdgefährdung bei Abwesenheit einer Pflegeperson? Wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
IX.	Sind zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen über 24 Stunden erforderlich? Wenn ja, warum?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
X.	Sonstige Gegebenheiten, die den Betreuungsbedarf erhöhen? Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
XI.	Sind noch zielgerichtete (minimale) Bewegungen der Extremitäten mit funktionaler Umsetzung möglich (zB Betätigen der Notruftaste)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum/ Unterschrift des Pflegedienstes: _____

Datum/Unterschrift/Stempel der Ärztin / des Arztes: _____