Name und Vorname der/des Pflegebedürftigen: .....
Versicherungsnummer: .....

BEIBLATT ZUM PFLEGEGELDANTRAG vom .....

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

Es beschleunigt das Verfahren durch Vermeidung einer sonst notwendigen Begutachtung durch unsere VertrauensärztInnen. Es ist daher vollständig ausgefüllt, zusammen mit dem Antragsformular, unverzüglich an die Kontaktadresse der Versicherungsanstalt für Eisenbahnen und Bergbau weiterzuleiten bzw. bei bereits ergangenem Pflegegeldantrag nachzureichen.

Die Punkte I, II und III sind jedenfalls von der/dem betreuenden Ärztin/Arzt der Hospiz- bzw. palliativmedizinischen Einrichtung auszufüllen, die Punkte IV bis XI können gegebenenfalls – nach Rücksprache mit der Ärztin/ dem Arzt – auch durch den Hospiz- bzw. palliativmedizinischen 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	☐	☐
2.)	Taubheit	☐	☐

PGA002

Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Homepage unter **www.bvaeb.at**

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

		ja	nein
1.)	Ist sie/er ohne Hilfsmittel gehfähig?	☐	☐
2.)	Ist sie/er nur mehr mit Hilfsmittel jedoch ohne Personenunterstützung gehfähig? Wenn ja, mit welchem Hilfsmittel?	☐	☐
3.)	Ist sie/er – gegebenenfalls trotz Verwendung von Hilfsmitteln – nur mehr mit Personenunterstützung gehfähig?	☐	☐
	oder		
	Benötigt sie/er Personenunterstützung nur bei vereinzelten Lagewechseln? (Aufstehen aus liegender Position, Treppensteigen)	☐	☐
4.)	Ist sie/er vollständig bettlägerig?	☐	☐
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?	☐	☐

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	☐	☐
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	☐	☐

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

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

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

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

		ja	nein
1.)	Besorgung von Lebensmitteln und Medikamenten	☐	☐
2.)	Reinigung der Wohnung und der persönlichen Gebrauchsgegenstände	☐	☐
3.)	Pflege der Leib- und Bettwäsche	☐	☐
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)	☐	☐
5.)	Begleitung außerhalb des Wohnbereichs (zB zu Arztbesuchen oder Therapien)	☐	☐

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

.....
Unterschrift des Pflegedienstes der betreuenden Hospiz-/Palliativeinrichtung

.....
Datum, Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes der betreuenden Hospiz-/Palliativeinrichtung