Ärztliches Zeugnis für den Antrag auf Pflegegeld

Landesgesetz Nr. 9, vom 12. Oktober 2007

Daten des Arztes/der Ärztin:

(in Alternative zum Ausfüllen, kann auch **gut lesbar** der Stempel mit denselben Angaben angebracht werden)

Arzt für Allgemeinmedizin **Basiskinderarzt** **Facharzt** (Zutreffendes ankreuzen)

Nachname: Name

Steuernummer

Kontaktdaten (mindestens EINE Möglichkeit zur Kontaktaufnahme angeben):

PLZ Ort..... Provinz

Straße/Platz Nr.

Tel. Mobiltelefon e-mail

Daten des Patienten/der Patientin:

Nachname Vorname

(Nachname verehelicht)

Geburtsdatum Geburtsort Provinz

Steuernummer

Wohnadresse (Domizil):

PLZ Ort Provinz

Straße/Platz Nr.

1. **Pflegerelevante Diagnosen**, nach Möglichkeit mit Angabe des Jahres der Erstdiagnose

(digital oder gut lesbar in Blockschrift ausfüllen, keine Abkürzungen verwenden)

1.1 Eventuelle andere Diagnosen

7. Antrag um **WIEDEREINSTUFUNG bei Verschlechterung**

Achtung: Nur möglich ab dem siebten Monat nach der letzten stattgefundenen Einstufung

a) der Gesundheitszustand der pflegebedürftigen Person hat sich seit der letzten Einstufung deutlich verschlechtert und dies hat einen relevant höheren Pflegebedarf zur Folge:

JA

NEIN

b) es handelt sich um eine voraussichtlich dauerhafte Verschlechterung, die mindestens sechs Monate andauern wird:

JA

NEIN

c) ausführliche Beschreibung der Verschlechterung und Begründung für den zusätzlichen Pflege- und Betreuungsbedarf - unerlässlich, wenn die Punkte a) und b) mit JA angekreuzt wurden:

8. Rücksprache mit dem Einstufungsteam ist erwünscht:

JA

NEIN

9. Anfrage um HAUSBESUCH DES EINSTUFUNGSTEAMS – nur auszufüllen, falls notwendig

Der Arzt/die Ärztin stellt fest, dass die Erhebung des individuellen Pflege- und Betreuungsbedarfes aus gesundheitlichen Gründen nicht in den Räumlichkeiten des Dienstes für Pflegeeinstufung erfolgen kann und deshalb ein Hausbesuch notwendig ist.

Anmerkung (eventuelle zusätzlichen Informationen):

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Unterschrift des Arztes/der Ärztin ist Voraussetzung für einen **Hausbesuch** im Rahmen der Einstufung

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift

leserlicher Stempel und die Unterschrift des Arztes/der Ärztin sind Voraussetzung für die Gültigkeit des Antrags