

An die

- 
- Bezirkshauptmannschaft \_\_\_\_\_
- 
- 
- den Magistrat Graz

Eingangsstempel

## Kostenübernahme für die Unterbringung im Pflegeheim – Antrag

(ab 01.01.2018)

Einen Anspruch auf Übernahme der Kosten oder Restkosten für die Unterbringung in einer stationären Einrichtung haben jene Personen, die ihren Lebensbedarf auf Grund ihrer Pflege oder Betreuungsbedürftigkeit sonst nicht in zumutbarer Weise ausreichend decken können.

Bitte beachten Sie: \* Angabe erforderlich    i Information zum Ausfüllen    ☒ Zutreffendes ankreuzen

### 1. Antrag auf Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfs

- 
- Ich beantrage Hilfe zur Sicherung des Lebensbedarfs in Form der (Rest-)Kostenübernahme für die Unterbringung in einer stationären Einrichtung nach dem Steiermärkischen Sozialhilfegesetz

Es ist von der antragstellenden Person eine Bestätigung des Pflegeheims beizubringen, dass ein sozialhilferechtlich anerkanntes Bett zur Verfügung steht.

Name des Pflegeheimes \* \_\_\_\_\_

Straße \* \_\_\_\_\_ Hausnummer/Tür \* \_\_\_\_\_

Postleitzahl \* \_\_\_\_\_ Ort \* \_\_\_\_\_

ab (tt.mm.jjjj) \* \_\_\_\_\_ bis (tt.mm.jjjj) i \_\_\_\_\_

i bei befristeter Heimaufenthaltsdauer

#### 1.1 Antragsteller/in

Familienname \* \_\_\_\_\_ Akad. Grad \_\_\_\_\_

Frühere/r Familienname/n i \_\_\_\_\_

 Vorname/n \* \_\_\_\_\_ Geschlecht \*  männlich  weiblich

Geburtsdatum \* \_\_\_\_\_ Geburtsort \* \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \* \_\_\_\_\_ Sozialversicherungsnummer \* \_\_\_\_\_

Aufenthaltstitel i \_\_\_\_\_ Aufenthaltsdauer \_\_\_\_\_

 Familienstand \*  ledig  verheiratet  geschieden  getrennt lebend

 verwitwet  eingetragene Partnerschaft  Lebensgemeinschaft seit \_\_\_\_\_

 Krankenversicherung \*  nein  ja / Krankenkasse \_\_\_\_\_

selbst-versichert       mitversichert bei \_\_\_\_\_

**Frühere/r Familienname/n:** Wenn zutreffend, dann ausfüllen.

**i** Wenn Nicht-Österreicher/in: Art des **Aufenthaltstitels** und bei Befristung **Dauer** der Gültigkeit des Aufenthaltstitels anführen sowie Nachweis der Haftungserklärung nach dem Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG) beilegen

### 1.2 Anschrift und Kontaktdaten der pflegebedürftigen Person (Antragsteller/in)

Straße *		Hausnummer/ Tür *	
Postleitzahl *	Ort *		
Telefon *	E-Mail *		

### 2.1 Sachwalterschaft bzw. Sachwalter/in

Sachwalter/in * <b>i</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sachwalterschaftsverfahren anhängig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bezirksgericht		
Bestellungsdatum		
Familienname		
Vorname	Akad. Grad	
Telefon	E-Mail	
Straße	Hausnummer/ Tür	
Postleitzahl	Ort	

**i** Bei Antwort „ja“ bitte Nachstehendes ausfüllen

### 2.2 Vorsorgevollmacht

Vorsorgevollmacht errichtet? * <b>i</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Vorsorgefall eingetreten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
· Wenn ja, wann? (Registrierung im ÖZVV)	<b>i</b>	
<b>Bevollmächtigte/r</b>		
Familienname		
Vorname	Akad. Grad	
Straße	Hausnummer/ Tür	
Postleitzahl	Ort	
Telefon	E-Mail	

<b>Bevollmächtigte/r</b>			
Familienname			
Vorname		Akad. Grad	
Straße			Hausnummer/ Tür
Postleitzahl	Ort		
Telefon			E-Mail
<b>Bevollmächtigte/r</b>			
Familienname			
Vorname		Akad. Grad	
Straße			Hausnummer/ Tür
Postleitzahl	Ort		
Telefon			E-Mail

**i** Bei Antwort „ja“ bitte Nachstehendes ausfüllen  
**ÖZVV: Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis**

**2.3 Gesetzliche Vertretung nächster Angehöriger**

Vertretungs- befugnis im ÖZVV * <b>i</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Registrierungs- datum		
<b>Vertretungsbefugte/r</b>		
Familienname		
Vorname		Akad. Grad
Straße		
Postleitzahl	Ort	Hausnummer/ Tür
Telefon		
<b>Vertretungsbefugte/r</b>		
Familienname		
Vorname		Akad. Grad
Straße		
Postleitzahl	Ort	Hausnummer/ Tür
Telefon		
<b>Vertretungsbefugte/r</b>		

Familienname			
Vorname		Akad. Grad	
Straße			Hausnummer/ Tür
Postleitzahl	Ort		
Telefon	E-Mail		

**i** Bei Antwort „ja“ bitte Nachstehendes ausfüllen  
**ÖZVV:** Österreichisches Zentrales Vertretungsverzeichnis

#### 2.4 Individuelle Vollmacht (AVG)

Vollmacht erteilt? * <b>i</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>Bevollmächtigte/r</b>			
Familienname			
Vorname		Akad. Grad	
Straße			Hausnummer/ Tür
Postleitzahl	Ort		
Telefon	E-Mail		
<b>Bevollmächtigte/r</b>			
Familienname			
Vorname		Akad. Grad	
Straße			Hausnummer/ Tür
Postleitzahl	Ort		
Telefon	E-Mail		
<b>Bevollmächtigte/r</b>			
Familienname			
Vorname		Akad. Grad	
Straße			Hausnummer/ Tür
Postleitzahl	Ort		
Telefon	E-Mail		

**i** Bei Antwort „ja“ bitte Nachstehendes ausfüllen

### 2.5 Angehörige

Verwandschafts-/ Beziehungs- verhältnis * i			
Familienname *			
Vorname *		Akad. Grad	
Geburtsdatum *		Sozialversicherungs- nummer * i	
Straße *			Hausnummer/ Tür *
Postleitzahl *	Ort *		
Telefon *		E-Mail	

- i **Verwandschafts-/Beziehungsverhältnis:** Ehegatte/Ehegattin, Kind etc.  
**Sozialversicherungsnummer:** Diese ist nur beim Ehegatten/Ehegattin beim eingetragenen Partner/bei der eingetragenen Partnerin anzugeben

### Angehörige

Verwandschafts-/ Beziehungs- verhältnis			
Familienname			
Vorname		Akad. Grad	
Geburtsdatum		Sozialversicherungs- nummer	
Straße			Hausnummer/ Tür
Postleitzahl	Ort		
Telefon		E-Mail	

### Angehörige

Verwandschafts-/ Beziehungs- verhältnis			
Familienname			
Vorname		Akad. Grad	
Geburtsdatum		Sozialversicherungs- nummer	
Straße			Hausnummer/ Tür
Postleitzahl	Ort		
Telefon		E-Mail	

### Angehörige

Verwandschafts-/ Beziehungs- verhältnis			
---	--	--	--

Familienname			
Vorname		Akad. Grad	
Geburtsdatum		Sozialversicherungsnummer	
Straße			Hausnummer/ Tür
Postleitzahl		Ort	
Telefon		E-Mail	

### 2.6 Sonstige Kontaktperson des/der Antragsteller/in (Pflegebedürftigen)

Familienname *			
Vorname *		Akad. Grad	
Straße *			Hausnummer/ Tür *
Postleitzahl *		Ort *	
Telefon *		E-Mail	

### 3.1 Letzter gewöhnlicher Aufenthalt vor Unterbringung in der stationären Einrichtung

Straße *			Hausnummer/ Tür *
Postleitzahl *		Ort *	

### 3.2 Änderung des gewöhnlichen Aufenthaltes innerhalb der letzten 6 Monate <sup>i</sup>

Straße			Hausnummer/ Tür
Postleitzahl		Ort	

<sup>i</sup> Nur auszufüllen, wenn der gewöhnliche Aufenthalt innerhalb der letzten 6 Monate verlegt wurde

### 4. Nettoeinkommen \*

<input type="checkbox"/>	Pensions-/ Renten- leistungen	<sup>i</sup> monatlich	€		auszahlende Stelle	
		monatlich	€		auszahlende Stelle	
		monatlich	€		auszahlende Stelle	
<input type="checkbox"/>	Pension beantragt am (tt.mm.jjjj)				bei	
<input type="checkbox"/>	Leistungen des AMS	<sup>i</sup> täglich	€		auszahlende Stelle	
<input type="checkbox"/>	Krankengeld	täglich	€		auszahlende Stelle	

<input type="checkbox"/>	Pflegegeld	<b>i</b>	Stufe	_____	auszahlende Stelle	_____
			Pflegegeld beantragt am	_____	Erhöhung beantragt am	<b>i</b> _____
<input type="checkbox"/>	Unterhalt	<b>i</b>	monatlich	€ _____	Verpflichtete/r	_____
<input type="checkbox"/>	Gerichtsbeschluss/-urteil vom			_____	Bezirksgericht und GZ	_____
<input type="checkbox"/>	Einnahmen aus Vermietung/ Verpachtung	<b>i</b>	monatlich	€ _____		
<input type="checkbox"/>	Leibrente		monatlich	€ _____	Verpflichtete/r	_____
			Vertrag vom (tt.mm.jjjj)	_____		
<input type="checkbox"/>	Einkünfte aus Kapital- vermögen	<b>i</b>	monatl./ halbjährl./ jährl.	€ _____	monatl./ halbjährl./ jährl.	€ _____
<input type="checkbox"/>	Sonstige Einkünfte	<b>i</b>	monatl./ halbjährl./ jährl.	€ _____	monatl./ halbjährl./ jährl.	€ _____
<input type="checkbox"/>	Sonstige vertragliche Leistungen	<b>i</b>	Art	_____	monatl./ halbjährl./ jährl.	€ _____

**Einkommen gemäß § 1 StSHG-DVO, LGBl Nr. 81/2014, z.B.:**

**Pensions-/Renteleistungen, Ruhe-/Versorgungs-/Auslagenbezüge** (gemäß 25 EStG) in- und/oder ausländische Pensions- und Rentenleistungen, Bezüge aus einer in- oder/und ausländischen gesetzlichen Kranken- oder Unfallversorgung, aus in- oder/und ausländischen Pensionskassen, Zuwendungen von Privatstiftungen, soweit sie als Bezüge anzusehen sind, Bezüge und Vorteile aus Unterstützungskassen/Unterstützungseinrichtungen, Rückzahlungen von Pflichtbeiträgen)

**Leistungen des Arbeitsmarktservice:** Arbeitslosengeld, Notstandshilfe, Pensionsvorschuss, Beihilfe zur Deckung des Lebensunterhaltes

**Pflegegeld:** Wird zum Zeitpunkt der Antragsstellung kein Pflegegeld oder Pflegegeld der Stufe 1 bis 3 bezogen, sind die Anlagen I und II auszufüllen.

**Pflegegeld beantragt am:** Dieses Feld ist nur auszufüllen, wenn Pflegegeld bereits beantragt wurde, die Entscheidung der Behörde jedoch noch ausständig ist.

**Unterhalt:** Sämtliche vollstreckbaren titulierten Unterhaltsansprüche (z.B. aus einem Scheidungsbeschluss oder aus einem Urteil, auch wenn die Scheidung schon länger zurückliegen sollte; gerichtlich festgelegte Unterhaltsansprüche von Eltern gegen ihre Kinder usw.) – unabhängig von der Person des Unterhaltsverpflichteten – sind anzuführen, auch wenn bislang kein Unterhalt bezogen wurde.

**Einnahmen aus Vermietung/Verpachtung;** auch Einnahmen aus Fruchtgenuss

**Einkünfte aus Kapitalvermögen (§ 27 EStG):** Einkünfte aus der Überlassung von Kapital (z.B. Gewinnanteile und sonstige Bezüge aus Aktien oder aus Gesellschaftsanteilen, Zinsen und andere Erträge aus Kapitalforderungen, bspw. aus Darlehen, Anleihen, Hypotheken, Guthaben bei Kreditinstituten, Boni, Kupons, Unterschiedsbeträge zwischen der Versicherungsprämie und der Versicherungsleistung), Einkünfte aus realisierten Wertsteigerungen von Kapitalvermögen und aus Derivaten (z.B. Entnahme und sonstiges Ausscheiden aus dem Depot, Veräußerung von Dividenden- und Zinsscheinen, Zinserträge aus Sparguthaben, Wertpapieren, Dividenden und Ausschüttungen aus Anteilen an Kapitalgesellschaften oder Investmentfonds sowie Substanzgewinne aus der Veräußerung von Kapitalanlagen, z.B. Aktien und Derivaten.)

**Sonstige Einkünfte (§ 29 EStG):** Darunter fallen z.B. Einkünfte aus Grundstücksveräußerungen, aus Spekulationsgeschäften, gelegentliche Vermittlungsprovisionen, Funktionsgebühren („Funktionärsbezüge“).

**Sonstige vertragliche Leistungen:** z.B. Medikamentenkosten

**Einkünfte aus Land- und Forstwirtschaft (§ 21 EStG)**

**Einkünfte aus Gewerbebetrieb (§ 23 EStG)**

**5 Bestattungs-/Begräbniskostenvorsorge**

Begräbniskosten-  
versicherung \* **i**  ja  nein

Versicherung/ Verein	_____		
Polizzenummer	_____		
vertragliche Bestattungskosten- übernahme	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Verpflichtete/r	_____	(Übergabs-) vertrag vom	_____

**i** Bei Antwort „ja“ bitte Nachstehendes ausfüllen

**6. Angaben für ein allfälliges Rückersatzverfahren auf Grund vertraglicher/gesetzlicher Verpflichtungen**

betreffend Verpflichtete aus Unterhaltstiteln;  
betreffend Geschenknehmerinnen/Geschenknehmer;  
betreffend Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat (z.B. Ansprüche aus Leibrentenverträgen oder Übergabsverträgen – in diesen Fällen können auch Angehörige, wie z.B. Kinder, betroffen sein!)

**Ersatzpflichtige Person i**

Familienname	_____		
Vorname	_____	Akad. Grad	_____
Verwandtschafts-/ Beziehungs- verhältnis	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße	_____	Hausnummer/ Tür	_____
Postleitzahl	_____	Ort	_____

**i** Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen sowie Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat

**Ersatzpflichtige Person i**

Familienname	_____		
Vorname	_____	Akad. Grad	_____
Verwandtschafts-/ Beziehungs- verhältnis	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich
Straße	_____	Hausnummer/ Tür	_____
Postleitzahl	_____	Ort	_____

**i** Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen sowie Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat

**Ersatzpflichtige Person i**

Familienname	_____		
Vorname	_____	Akad. Grad	_____
Verwandtschafts-/ Beziehungs- verhältnis	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> weiblich

Straße		Hausnummer/ Tür
Postleitzahl	Ort	

i Zum Rückersatz herangezogen werden können: Verpflichtete aus Unterhaltstiteln; aus Übergabsverträgen sowie Dritte, gegen die der Hilfeempfänger/die Hilfeempfängerin Rechtsansprüche oder Forderungen hat

**7. Beilagen: Folgende Unterlagen sind bei Unterbringung in einer stationären Einrichtung von der antragstellenden Person in Kopie anzuschließen**

- Einkommensnachweise zumindest der letzten zwölf Monate (z.B. AMS-Bestätigung, Pensionsmitteilung, Rentennachweis, Unfallrente, private Pensionsvorsorge, Beschluss über Unterhaltsanspruch, Krankengeld, Abfertigung, Mieteinnahmen, Pflegegeldbezüge, Nachweis über Leibrente, Provisionen, Vorlage von Kontoauszügen)
- bei Einkünften aus selbstständiger Arbeit, Einkünften aus Vermietung/Verpachtung sowie Kapitalerträgen: Einkommenssteuerbescheid der letzten 3 Wirtschaftsjahre
- Nachweise für Einkünfte aus Kapitalvermögen und sonstige Einkünfte (z.B. (Zins)Einnahmen aus Wertpapieren, Fondsanlagen, Sparbücher oder Sparbuchauszüge, Bausparvertrag, Lebensversicherung, Wertpapiere, Aktien, Begräbniskostenversicherung)
- Grundbuchsauszüge der Liegenschaften / Immobilien
- Heiratsurkunde / Partnerschaftsurkunde
- Scheidungsurteil / Vergleichsausfertigung (jeweils mit Rechtskraftvermerk)
- Sachwalterbeschluss / Vorsorgevollmacht mit Registrierung ihrer **Wirksamkeit** (durch einen Notar) / Vertretungsbefugnis des/der nächsten Angehörigen **mit Registrierungsbestätigung im ÖZVV** / schriftl. (individuelle) Vollmacht
- Bestätigung des Pflegeheims, dass für die antragstellende Person ein sozialhilferechtlich anerkanntes Bett zur Verfügung steht.

**Wenn Nicht-Österreicher/in:**

- Haftungserklärung nach Niederlassungs- und Aufenthaltsgesetz (NAG)
- Nachweis über den Aufenthaltstitel, z.B. Anmeldebescheinigung bei EWR-Bürger/-innen

**Erklärung**

**Ich erkläre ausdrücklich,**

- dass meine Angaben wahr und vollständig sind;
- meine Zustimmung, dass der Träger der Sozialhilfe zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit, zur Gewährung, Kürzung, Einstellung von Sozialhilfeleistungen sowie zur Durchsetzung der Ersatzansprüche meine Daten über den Gesundheitszustand durch Ärzte, Pflegepersonen (z.B. medizinische Befunde und Sachverständigengutachten) und Auskünfte über meinen Gesundheitszustand durch Ärzte, durch Krankenanstalten, durch Pflege- und Betreuungspersonen, durch Schadenersatzpflichtige erhält;
- meine Zustimmung, dass der (Rest-)Kostenübernahmebescheid zum Zwecke der Pensionsteilung an den/die Pensionsversicherungsträger übermittelt werden darf;
- dass meine Daten zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit, zur Gewährung, Kürzung, Einstellung von Sozialhilfeleistungen sowie zur Durchsetzung der Ersatzansprüche automationsunterstützt verwendet werden dürfen.

**Ich bevollmächtige** die Bezirkshauptmannschaft/den Magistrat Graz, eine Namensabfrage von Eigentumswerten beim Bezirksgericht, Grundbuch, österreichweit durchzuführen.

**Ich verpflichte mich, dass ich Ansprüche gegen Dritte verfolgen werde;**

ich Änderungen der für die Leistung maßgeblichen Umstände, insbesondere der Einkommens- und Familienverhältnisse unverzüglich der Behörde melden werde.

**Ich nehme zur Kenntnis, dass**

- falsche Angaben oder das Verschweigen maßgebender Tatsachen die Einstellung und Rückforderung der bezogenen Leistung bewirken können, außerdem in solchen Fällen eine (Verwaltungs-)Strafanzeige gegen mich erstattet werden kann;
- ich gemäß den gesetzlichen Bestimmungen aus meinem Einkommen (Pension, Pflegegeld, Mieteinnahmen, Leibrentenvertrag, Einnahmen aus Kapitalvermögen etc.) den Aufwand der Pflege und Betreuung zu tragen habe und dass

gemäß § 28 Z 4 SHG auch andere Personen (z.B. Unterhaltsverpflichtete, sonstige Personen aus vertraglichen oder gesetzlichen Verpflichtungen) zu einer Ersatzpflicht herangezogen werden können

Ort

Datum

.....  
Unterschrift

**Unterschrift  
wurde geleistet  
durch**

Antragsteller/in

Sachwalter/in

vertretungsbefugte/n  
nächste/n Angehörige/n

gesetzliche/n  
Vertreter/in

Bevollmächtigte/r

Familiename

Vorname

Straße

Hausnummer/  
Tür

Postleitzahl

Ort

Telefon

E-Mail

## Anlage I: Angaben zum Betreuungs- und Pflegebedarf

NUR AUSZUFÜLLEN, WENN VON DER ANTRAGSTELLERIN/DEM ANTRAGSTELLER (NOCH) KEIN PFLEGEgeld ODER EIN PFLEGEgeld DER STUFE 1,2 BZW. 3 BEZOGEN WIRD.

### 1. Antragsteller/in

Familienname			
Vorname		Geburtsdatum	

### 2. Betreuungsbedarf i

<b>Wohnverhältnisse</b>	<input type="checkbox"/> alleinstehend	<input type="checkbox"/> mit Angehörigen im selben Haus/Wohnung	<input type="checkbox"/> Badezimmer
	<input type="checkbox"/> Treppen	Anmerkungen	
<b>Orientierung</b>	<input type="checkbox"/> völlig orientiert	<input type="checkbox"/> leichte Orientierungsschwierigkeiten	<input type="checkbox"/> schwankt
	<input type="checkbox"/> dauerhaft schwer desorientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert mit belastender Auswirkung auf die Umgebung	
<b>Verhalten in der Nacht</b>	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> Schlafstörungen
	Anmerkungen		
<b>Kommunikation, soziales Verhalten</b>	<input type="checkbox"/> gestaltet persönlichen Alltag selbst	<input type="checkbox"/> ist passiv, lässt sich animieren	<input type="checkbox"/> völlig zurückgezogen
	Anmerkungen		
<b>Mobilität</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> personelle Unterstützung
	<input type="checkbox"/> bettlägrig seit		
Anmerkungen			
<b>Sinnesbeeinträchtigung</b>	<input type="checkbox"/> sehen	<input type="checkbox"/> hören	<input type="checkbox"/> sprechen
	<input type="checkbox"/> Koma	Anmerkungen	

i von dem/der Antragsteller/in oder von der Betreuungs-/Pflegeperson auszufüllen

### 3. Bisheriger Pflegebedarf i

#### 3.1 Pflegeleistungen

<b>Inanspruchnahme von</b>	<input type="checkbox"/> Mobilen Diensten	<input type="checkbox"/> 24-Stunden-Betreuung
	<input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege	<input type="checkbox"/> Privatperson
durch		
seit		

**i** Bisheriger Pflegebedarf ist von dem/der Antragsteller/in, der Betreuungs-/Pflegerperson oder Mobile Dienste (z.B. Caritas, Hilfswerk, Rotes Kreuz, Volkshilfe, etc.) auszufüllen

### 3.2 Andere (Pflege-)Hilfsmittel

Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Ruhhilfe	<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern	<input type="checkbox"/> Gehhilfe
	<input type="checkbox"/> Pflegebett	<input type="checkbox"/> Zimmerleibstuhl	<input type="checkbox"/> Hebehilfe
	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Sonstige	_____

### 3.3 Essen und Trinken

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Fremdhilfe
Anmerkungen	_____

### 3.4 Ausscheidung

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz
<input type="checkbox"/> Fremdhilfe	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Stoma
Anmerkungen	_____	

### 3.5 Körperpflege / An- und Ausziehen

<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Fremdhilfe
Anmerkungen	_____

### 3.6 Behandlungspflege

Umgang mit Medikamenten/ Verbänden	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Fremdhilfe	
	Anmerkungen _____		
Insulin	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> Fremdhilfe	<input type="checkbox"/> kein Insulin
	Anmerkungen _____		
Therapie	_____		

### 3.7 Sonstiges

<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	_____	von	_____
Pflegeeinrichtung	_____	bis	_____
<input type="checkbox"/> Reha-Aufenthalt	_____	von	_____
Reha-Anstalt	_____	bis	_____

Ort  
Datum

.....  
Unterschrift

<b>Unterschrift wurde geleistet durch</b>	<input type="checkbox"/> Antragsteller/in	<input type="checkbox"/> Sachwalter/in	<input type="checkbox"/> vertretungsbefugte/n nächste/n Angehörige/n
	<input type="checkbox"/> gesetzliche/n Vertreter/in	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r	
Familienname	Vorname		
Straße	Hausnummer/ Tür		
Postleitzahl	Ort		
Telefon	E-Mail		

## Anlage II: Behandlungsbedarf

VOM ARZT VOLLSTÄNDIG AUSZUFÜLLEN

### Antragsteller/in

Familienname *	<input type="text"/>		
Vorname *	<input type="text"/>	Geburtsdatum *	<input type="text"/>

### Behandlungsbedarf

Pflegebegründende Diagnosen *	<input type="text"/>		
Medikamente *	<input type="text"/>		
Wesentliche Vorerkrankungen *	<input type="text"/>		
Infektionserkrankung (Hepatitis, TBC,...) *	<input type="text"/>		
Dementielle Erkrankung * i	<input type="text"/>		
Kann der Patient den Antrag für die Heimkostenübernahme selbst unterschreiben? *	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Grund <input type="text"/>
Erforderlichkeit des Heimaufenthaltes *	<input type="checkbox"/> befristet	<input type="checkbox"/> dauerhaft	

**i** Dementielle Erkrankung durch die der/die Antragsteller/in seine/ihre Umgebung oder sich selbst gefährdet: Diagnose, stationäre Aufenthalte, nervenfachärztliche Befunde etc.

### Ernährung

<input type="checkbox"/> Normalkost	<input type="checkbox"/> Breikost	<input type="checkbox"/> Diät
<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Sonde	
Anmerkungen	<input type="text"/>	

### Atmung

<input type="checkbox"/> unauffällig	<input type="checkbox"/> muss abgesaugt werden	<input type="checkbox"/> Heimrespirator
<input type="checkbox"/> Sauerstoff:	<input type="checkbox"/> dauerhaft	<input type="checkbox"/> zeitweise
Anmerkungen	<input type="text"/>	

### Spezieller Behandlungsbedarf

Spezieller Behandlungsbedarf i	<input type="text"/>
Anmerkungen	<input type="text"/>

**i** z.B. Mobile Palliativbetreuung, Dialyse, Schmerztherapie, Wundversorgung etc.

### Sozialpsychiatrische Erkrankungen

Sozialpsychiatrische Erkrankungen	<b>i</b>	
Anmerkungen		

**i** Diagnose, stationäre Aufenthalte, nervenfachärztliche Befunde etc.

Ort	
Datum	<b>Eigenhändige Unterschrift des Arztes/Stempel</b>

Familienname		Vorname	
Straße		Hausnummer/ Tür	
Postleitzahl		Ort	
Telefon		E-Mail	

