



BETR.: ANTRAG AUF ZUERKENNUNG BZW. ERHÖHUNG DES PFLEGE GELDES NACH DEM BUNDESPFLEGE GELDGESETZ

Eingangsstampiglie

FÜR

Versicherungsnummer ¹⁾
Lfd. Nr. – Geburtsdatum

¹⁾ Falls die Versicherungsnummer nicht bekannt ist, geben Sie bitte Ihr Geburtsdatum an.

Familien- und Vorname		Familienstand	Pensionsnummer/Aktenzeichen (Nur anzugeben, wenn diese(s) nicht mit der Versicherungsnummer ident ist.)
Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür			
Postleitzahl	Ort	Bezirk	Telefonnummer
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Heim, Krankenhaus, bei Familienangehörigen usw. geben Sie bitte die genaue Adresse bekannt			

DURCH (nur ausfüllen, wenn der Antrag von der pflegebedürftigen Person nicht selbst gestellt werden kann)

Familien- und Vorname			
Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür			
Postleitzahl	Ort	Bezirk	Telefonnummer
ICH BIN	der gesetzliche Vertreter	der gerichtlich bestellte Sachwalter ²⁾	der Vormund ²⁾

²⁾ Bitte Bestellurkunde dem Antrag beilegen, wenn die Bestellung dem Versicherungsträger noch nicht angezeigt wurde!

Ich beantrage

Zutreffendes bitte ankreuzen

**die ZUERKENNUNG DES PFLEGE GELDES
die ERHÖHUNG DES PFLEGE GELDES**

Die zur Bearbeitung des Antrages erforderlichen Fragen beantworte ich wahrheitsgemäß auf der Rückseite dieses Antragsformblattes.

Ich nehme zur Kenntnis, dass jede mir bekannte Veränderung in den Voraussetzungen für den Pflegegeldbezug, die den Verlust, eine Minderung, das Ruhen des Anspruches (z. B. ab dem zweiten Tag eines Krankenhausaufenthaltes oder bei Unterbringung in einer Anstalt auf Bundeskosten) oder eine Anrechnung auf das Pflegegeld (bei Bezug anderer pflegebezogener Leistungen neben dem Pflegegeld) zur Folge haben, der auszahlenden Stelle binnen vier Wochen zu melden ist.

.....
Datum

.....
Unterschrift

DVR: 0024244

Bitte wenden!

Auskunft und Beratung:

Wir bitten Sie, unsere Abteilung und die Versicherungsnummer (VSNR) bei jedem Schriftwechsel anzuführen und Ihr Schreiben nicht namentlich an einen unserer Mitarbeiter zu richten.

Name des Pensionswerbers	VSNR – Geburtsdatum	PNR
--------------------------	---------------------	-----

**BEIBLATT ZUM ANTRAG AUF ZUERKENNUNG
BZW. ERHÖHUNG DES PFLEGESELDES**

Um über Ihren Anspruch auf Pflegegeld entscheiden zu können, benötigt die SVA eine ausführliche Beschreibung Ihres Gesundheitszustandes. Wir bitten Sie daher, die beiliegende Information sorgfältig zu lesen und die folgenden Fragen genau zu beantworten!

<p>Behandelnder Arzt (Adresse, Telefonnummer):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Derzeitige Behandlung(en) Medikamente:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Hilfsmittel (Rollstuhl usw.):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Ich lebe</p> <p> allein</p> <p> im Familienverband</p> <p> im Heim (Adresse):</p> <p> </p> <p> </p> <p>Pflegeperson(en) (Adresse, Telefonnummer):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
--

Ein Heimaufenthalt spielt keine Rolle; bitte beantworten Sie die Fragen, als müssten Sie sich zu Hause selbst versorgen!

Fragen zum Allgemeinzustand:		
Sind Sie hochgradig sehbehindert oder blind?	ja	nein
Sind Sie überwiegend auf den Gebrauch eines Rollstuhles angewiesen?	ja	nein
Wenn ja: <input type="checkbox"/> Können Sie sich mit dem Rollstuhl alleine fortbewegen?	ja	nein
<input type="checkbox"/> Liegt praktisch Bewegungsunfähigkeit vor?	ja	nein
Sind Sie bettlägrig?	ja	nein
Brauchen Sie Hilfe für Lage- bzw. Ortswechsel (Aufrichten, Aufstehen, Aufsuchen des WC usw.)?	ja	nein
Wenn ja, für welche Bewegungen:		
Brauchen Sie Hilfsmittel (Badewannenlifter, Duschstockerl, Zimmer-WC usw.)?	ja	nein
Wenn ja, welche:		
Brauchen Sie die dauernde Bereitschaft einer anderen Person?	ja	nein
Ist eine dauernde Beaufsichtigung erforderlich?	ja	nein
Brauchen Sie Betreuung bei folgenden Verrichtungen?		
Tägliche Körperpflege	ja	nein
An- und Auskleiden	ja	nein
Zubereiten von Mahlzeiten	ja	nein
Einnehmen von Mahlzeiten	ja	nein
Einnehmen von Medikamenten	ja	nein
Verrichten der Notdurft (einschließlich Reinigung danach)	ja	nein
Leiden Sie an unkontrolliertem Stuhlabgang?	ja	nein
Leiden Sie an unkontrolliertem Harnverlust?	ja	nein
Wenn ja: Die Reinigung danach führe ich selbst durch bzw. wird von durchgeführt.		
Brauchen Sie regelmäßig Einläufe?	ja	nein
Haben Sie einen Dauerkatheter?	ja	nein
Haben Sie einen künstlichen Darmausgang?	ja	nein
Haben Sie eine Luftröhrenkanüle?	ja	nein
Brauchen Sie Hilfe bei folgenden Verrichtungen?		
Besorgen von Lebensmitteln und Medikamenten	ja	nein
Reinigung der Wohnung	ja	nein
Waschen und Bügeln der Wäsche (inkl. Bettwäsche)	ja	nein
Beheizen des Wohnraumes einschließlich Besorgen von Heizmaterial	ja	nein
Brauchen Sie eine Begleitperson bei Arztbesuchen	ja	nein

Datum und Unterschrift