

Befund

zur Beurteilung der Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung

Sehr geehrte Frau Doktorin!

Sehr geehrter Herr Doktor!

Ihr/e nachstehend genannte/r Patient/in hat beim Sozialministeriumservice einen Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung gemäß § 21b des Bundespflegegeldgesetzes eingebracht. Bei Bezieher/innen eines Pflegegeldes der Stufen 3 und 4 ist die Notwendigkeit der 24-Stunden-Betreuung Gegenstand einer gesonderten Beurteilung. Wir dürfen Sie daher ersuchen, die nachstehenden Fragen vollständig zu beantworten und danken im Voraus für Ihre Mithilfe.

Frau

Herr

.....
[Name]

.....
[Versicherungsnummer]

wohnhaft in

steht bei mir seit in ärztlicher Behandlung/Betreuung.

Funktionelle Defizite:

.....

Angaben zur Mobilität:

.....

Diagnosen (in deutscher Sprache):

.....

Relevante diagnostische Befunde:

.....

Therapien und Medikation:

.....

Der/Die Patient/in ist in der Lage

■ getroffene Vereinbarungen zum Tagesablauf einzuhalten (Kontraktfähigkeit) ja nein

■ während der Nachtstunden das Bett zur Verrichtung der Notdurft - zumindest auf einem Leibstuhl - alleine zu verlassen ja nein

Sonstige Bemerkungen:

.....

.....
Ort, Datum

.....
Stempel und Unterschrift