

KOBV – Der Behindertenverband

1080 WIEN
LANGE GASSE 53

ZVR-Zahl: 86 81 48 653

TEL.: 01/406 15 86 – 0
E-MAIL: kobv@kobv.at

aufgenommen von: _____ Mitgliedsnummer: _____

ERHEBUNGSBOGEN PFLEGEgeld Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 15. Lebensjahr Antrag/Klage

Name des Kindes: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Geburtsdatum: _____

Name des gesetzlichen Vertreters/Vertreterin: _____

Bescheid vom _____ zugestellt am _____

Zustimmungserklärung:

Ich als gesetzliche/r VertreterIn, stimme ausdrücklich zu, dass die in diesem Erhebungsbogen angeführten Daten meines Kindes intern verarbeitet werden und diese im Falle der Erteilung eines Vertretungsauftrages an die zuständigen Sozialversicherungsträger sowie an das Gericht weitergeleitet werden. Ich wurde auch darüber aufgeklärt, dass ich diese Zustimmung jederzeit schriftlich widerrufen kann, nehme aber dabei zur Kenntnis, dass im Falle eines Widerrufs eine weitere Vertretung durch die KOBV-Sozialrechtsabteilung nicht möglich ist.

(Datum und Unterschrift)

Beziehen Sie für Ihr Kind bereits Pflegegeld?

Ja Nein

Welche Stufe? _____ Seit wann? _____

Pflegegeldauszahlende Stelle: _____

Gesundheitsschädigungen:

Leidet Ihr Kind an einer der nachfolgenden Gesundheitsschädigungen? (Zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Querschnittlähmung | <input type="checkbox"/> Encephalitis disseminata (Multiple Sklerose) |
| <input type="checkbox"/> Beidseitige Beinamputation | <input type="checkbox"/> Infantile Cerebralparese |
| <input type="checkbox"/> Genetische Muskeldystrophie | |

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist Ihr Kind auf den Gebrauch des Rollstuhles angewiesen? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihrem Kind der Transfer in und aus dem Rollstuhl alleine möglich? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihr Kind hochgradig sehbehindert? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Ist Ihr Kind blind? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Liegt bei Ihrem Kind eine schwere Behinderung mit folgenden Funktionseinschränkungen vor?

schwere Ausfälle im Sinnesbereich, welche?

schwere geistige Entwicklungsstörung, welche?

schwere Verhaltensauffälligkeiten, welche?

schwere körperliche Funktionseinschränkungen, welche?

Braucht Ihr Kind Betreuung bei folgenden Verrichtungen?

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Tägliche Körperpflege - ab 7a | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Benützung der Badewanne - ab 7a | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| An- und Auskleiden - ab 5a | | |
| * Schuhe/Socken/Strümpfe | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| * Hose/Rock/Pullover, udgl. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| * Unterwäsche | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| * Orthese/Prothese/Mieder udgl. | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| * Orthopädische Schuhe | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Zubereiten von Mahlzeiten - Teilhilfe ab 12a | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Einnehmen von Mahlzeiten (füttern) - ab 3a | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Einnehmen von Medikamenten | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Verabreichung von Insulininjektionen/Subcutaninjektionen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Verabreichung mit Inhalator oder Dosieraerosol | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Verrichten der Notdurft - ab 4a | | |
| (einschließlich der Reinigung danach) | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Leibstuhlentorgung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Harnflaschenentsorgung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Leidet Ihr Kind an unkontrolliertem Stuhlabgang? | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Leidet Ihr Kind an unkontrolliertem Harnverlust? - ab 4a ja nein
 Wenn ja: Die Reinigung danach
 führe ich selbst durch wird von _____ durchgeführt.
 Liegt ein nächtliches Einnässen vor? - ab 4a ja nein
 Benötigt Ihr Kind Hilfe bei der Intimhygiene bei Menstruation? ja nein
 Benötigt Ihr Kind eine Spezialdiät?
 Wenn ja, welche? _____

Braucht Ihr Kind regelmäßig
 * Einläufe/Darmspülungen ja nein
 * Mikroklistiere ja nein
 * Feuchtinhalationen ja nein

Hat Ihr Kind
 * eine PEG Sonde ja nein
 * einen Dauerkatheder ja nein
 * einen künstlichen Darmausgang ja nein
 * eine Luftröhrenkanüle ja nein
 * ein Hörgerät ja nein
 * ein Beatmungsgerät mit Kanüle ja nein
 * ein Beatmungsgerät mit Maske ja nein
 * ein Sauerstoffgerät ja nein
 * ein Absaugegerät ja nein

Fortbewegung im Wohnbereich/Lagewechsel - ab 1 ½ a ja nein
 Wenn ja, bei welchen?
 Zubettgehen und Aufstehen Aufsetzen
 Gehen und Stehen Treppensteigen
 Umsetzen _____

An- und Ablegen von Körperersatzstücken (Prothesen) ja nein
 Sind Motivationsgespräche erforderlich? ja nein
 Braucht Ihr Kind die dauernde Bereitschaft einer anderen Person? ja nein
 Wenn ja, warum: _____
 Ist bei Ihrem Kind eine dauernde Beaufsichtigung erforderlich? ja nein
 Wenn ja, warum: _____

Ist eine Begleitung außerhalb des Hauses erforderlich (Arzt, Therapien usw.)?
 Wenn ja, welche?

Therapie/Behandlung	Dauer der Therapie/Behandlung	Häufigkeit der Therapie/Behandlung	Wegdauer

Sind sonstige pflegebedingte Betreuungsmaßnahmen erforderlich?

Hausbegutachtung erforderlich?

ja nein

Dolmetsch erforderlich?

ja nein

Muttersprache: _____

Wohnverhältnisse:

Haus: ja nein

Wohnung: ja nein

Größe in m²: _____ Stockwerk: _____

Lift: ja nein

Entfernung zum nächsten Lebensmittelgeschäft (in m/km): _____

Entfernung zum Hausarzt/Apotheke (in m/km): _____

Entfernung zum öffentlichen Verkehrsmittel (in m/km): _____

Wie wird Ihre Wohnung beheizt?

- Feste Brennstoffe
- Fernwärme
- Gas
- Strom
- _____

Elektroherd vorhanden

ja nein

Gasherd vorhanden

ja nein

Waschmaschine vorhanden

ja nein

Badewanne vorhanden

ja nein

Dusche vorhanden

ja nein

Verwenden Sie Hilfsmittel (z. B. Badewannenlifter, Leibstuhl)?

ja nein

Wenn ja, welche: _____

Anmerkungen: