

# KOBV – Der Behindertenverband

1080 WIEN  
LANGE GASSE 53

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

ZVR-Zahl: 86 81 48 653

aufgenommen von: \_\_\_\_\_ Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_

## ERHEBUNGSBOGEN PFLEGEgeld Erwachsene (ab 15. Lebensjahr) Antrag/Klage

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
*(zur Weitergabe an das Gericht wegen allfälliger Terminvereinbarung)*

Bescheid vom \_\_\_\_\_ zugestellt am \_\_\_\_\_

### Zustimmungserklärung:

**Ich stimme ausdrücklich zu, dass meine in diesem Erhebungsbogen angeführten Daten 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)*

### Pensionsauszahlende Stelle:

PVA

BVAEB (Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen, Bergbau)

SVS (Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen)

andere

### Beziehen Sie bereits ein Pflegegeld?

Ja

Wenn ja, welche Stufe? \_\_\_\_\_ Seit wann? \_\_\_\_\_

Nein

### Beziehen Sie eine andere pflegebezogene Leistung, zB Pflegezulage?

Ja

Nein

**An welchen Krankheiten leiden Sie:**

**Brauchen Sie Betreuung/Hilfe bei folgenden Verrichtungen:**

Einkaufen von Nahrungsmitteln/Medikamenten/uä	ja	nein
Reinigung der Wohnung	ja	nein
Waschen/Bügeln der Wäsche, inclusive der Bettwäsche	ja	nein
Wegen außer Haus, zB zum Arzt, zur Apotheke, uä?	ja	nein
Fahren Sie noch selbst mit dem Kfz?	ja	nein
Beheizen des Wohnraums	ja	nein
Heizen Sie mit festen Brennstoffen (Holz/Kohle/uä)	ja	nein
Tägliche Körperpflege (zB Gesicht waschen, Zähne putzen, uä)	ja	nein
Benützung der Badewanne/Dusche	ja	nein
An-/Auskleiden		
Hose/Rock	ja	nein
Pullover/Hemden/Blusen/Shirts	ja	nein
Schuhe/Socken	ja	nein
Stützstrümpfe	ja	nein
Mieder/Prothesen	ja	nein
Kochen (umfasst auch Vorschneiden von Fleisch uä)	ja	nein
Müssen Sie gefüttert werden?	ja	nein
Einnahme von Medikamenten	ja	nein
Verabreichung von Insulininjektionen	ja	nein
Wenn ja, wie oft? _____		
Verrichtung der Notdurft (Gang auf das WC, Reinigung)	ja	nein
Entsorgung von Leibstuhl/Harnflasche	ja	nein
Leiden Sie an unkontrolliertem Stuhlabgang	ja <input type="checkbox"/>	nein
Führen Sie die Reinigung selbst durch	ja	nein
Leiden Sie an unkontrolliertem Harnabgang	ja	nein
Führen Sie die Reinigung selbst durch	ja	nein
Brauchen Sie regelmäßig Einläufe	ja	nein
Wenn ja, wieviele? _____		
Haben Sie		
Eine PEG Sonde	ja	nein
Einen Dauerkatheter	ja	nein
Einen künstlichen Darmausgang	ja	nein
Eine Luftröhrenkanüle	ja	nein

Benötigen Sie Hilfe bei der Fortbewegung im Wohnbereich durch eine Pflegeperson? (zB Aufstehen, Niedersetzen, uä.) ja nein

Sind, damit Sie den Tagesablauf schaffen, Motivationsgespräche nötig? (zB damit Sie sich an-/ausziehen, essen, trinken, etc.) ja nein

**Leiden Sie an einer der nachfolgenden Gesundheitsschädigungen?**

Querschnittslähmung	ja	nein
Beidseitige Beinamputation	ja	nein
Genetische Muskeldystrophie	ja	nein
Encephalitis disseminata (Multiple Sklerose)	ja	nein
Infantile Cerebralparese	ja	nein
Hochgradige Sehbehinderung	ja	nein
Blindheit	ja	nein
Demenz/Alzheimer uä.	ja	nein
Schwere geistige oder psychische Behinderung	ja	nein

Sind Sie auf den Gebrauch eines Rollstuhls angewiesen? ja nein  
Ist Ihnen der Transfer aus/in den Rollstuhl alleine möglich? ja nein

**Wohnverhältnisse:**

Haus: ja nein Wohnung: ja nein

Größe in m<sup>2</sup>: \_\_\_\_\_ Stockwerk: \_\_\_\_\_

Lift: ja nein

Entfernung zum nächsten Lebensmittelgeschäft (in m/km): \_\_\_\_\_

Entfernung zum Hausarzt/Apotheke (in m/km): \_\_\_\_\_

Können Sie öffentliche Verkehrsmittel benutzen? Ja nein

Entfernung zum öffentlichen Verkehrsmittel (in m/km): \_\_\_\_\_

**Sie heizen mit:**

Feste Brennstoffe  
Fernwärme  
Gas  
Strom  
\_\_\_\_\_

**Sie haben:**

Elektroherd  
Gasherd  
Waschmaschine  
Badewanne  
Dusche

Benötigen Sie eine Hausbegutachtung? ja nein

Dolmetscher erforderlich:

ja

nein

Muttersprache: \_\_\_\_\_

**Bitte beilegen (wenn vorhanden):**

- **Befunde zum Gesundheitszustand (nicht älter als 1 Jahr, in Kopie)**
- **Pflegedokumentation (in Kopie)**
- **Ältere Bescheide über das Pflegegeld (in Kopie)**
- **Bei Vorverfahren bei Gericht (wenn nicht durch KOBV vertreten)  
Gutachten/Urteil/Tonbandprotokoll (in Kopie)**

**Anmerkungen:**