

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)

- | | |
|--|---|
| ☐ Querschnittlähmung | ☐ Encephalitis disseminata (Multiple Sklerose) |
| ☐ Beidseitige Beinamputation | ☐ Infantile Cerebralparese |
| ☐ Genetische Muskeldystrophie | |

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Ist Ihr Kind auf den Gebrauch des Rollstuhles angewiesen? | ja ☐ | nein ☐ |
| Ist Ihrem Kind der Transfer in und aus dem Rollstuhl alleine möglich? | ja ☐ | nein ☐ |
| Ist Ihr Kind hochgradig sehbehindert? | ja ☐ | nein ☐ |
| Ist Ihr Kind blind? | ja ☐ | nein ☐ |

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

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: