

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 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 ☐	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 m²: _____ 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: