

Ärztin/Arzt	Ort, Datum
-------------	------------

Zu Aktenzeichen

Ärztliche Bescheinigung

zu dauernden Pflegebedürftigkeit (Erläuterung siehe Seite 2)

Name, Vorname der/ des Patientin/ Patienten	geboren am
---	------------

Feststellung der Ärztin oder des Arztes

über Art und Umfang der notwendigen und geleisteten Hilfen wegen einer Krankheit oder Behinderung (d. h., dass der Pflegebedürftige die im folgenden aufgeführten Verrichtungen nicht ohne fremde Hilfe selbst vornehmen kann).

Diagnose, die ursächlich für die Hilflosigkeit ist

--

Hilfen sind erforderlich:	nein / ja	falls ja, wie oft täglich
---------------------------	-----------	---------------------------

1. Im Bereich der Körperpflege beim/ bei der

1.1	Waschen,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
1.2	Duschen,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
1.3	Baden,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
1.4	Zahnpflege,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
1.5	Kämmen,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
1.6	Rasieren,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
1.7	Darm- und Blasenentleerung.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

2. Im Bereich der Ernährung bei der

2.1	mundgerechten Zubereitung der Nahrung,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
2.2	Aufnahme der Nahrung.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

3. Im Bereich der Mobilität beim

3.1	Aufstehen und zu Bett gehen,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
3.2	An- und Auskleiden,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
3.3	Gehen,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
3.4	Stehen,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
3.5	Treppen steigen,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
3.6	Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	

- siehe Seite 2 -

Hilfen sind erforderlich:		nein / ja	falls ja, wie oft pro Woche	
4.	Im Bereich der hauswirtschaftlichen Versorgung beim			
4.1	Einkaufen,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
4.2	Kochen,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
4.3	Reinigen der Wohnung,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
4.4	Spülen,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
4.5	Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
4.6	Beheizen.	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
5.	Bemerkungen insbesondere bei Kindern und psychisch Kranken: nein			
6.	Besteht die Hilfebedürftigkeit voraussichtlich für mindestens 6 Monate	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	Datum
7.	Im Tagesdurchschnitt sind erforderlich Hilfeleistungen von mindestens	<input type="checkbox"/> 1,5 Std.	<input type="checkbox"/> 3 Std.	<input type="checkbox"/> 5 Stunden
8.	Besteht die Notwendigkeit einer dauernden Unterbringung in einer Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit	Datum
9.	Pflegerperson/ Pflegeeinrichtungen (Sozialstation etc.) die die Pflege durchführen			
Pflegerperson/ Pflegeeinrichtungen 1		Pflegerperson/ Pflegeeinrichtungen 2		
Pflegerperson/ Pflegeeinrichtungen 3		Pflegerperson/ Pflegeeinrichtungen 4		

Stempel, Unterschrift der Ärztin/ des Arztes
--

Dauernd pflegebedürftig sind Personen, die wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung für die gewöhnlich und regelmäßig wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens auf Dauer **voraussichtlich für mindestens sechs Monate**, in erheblichem oder höherem Maße der Hilfe bedürfen. Bei Kindern ist für die Zuordnung der zusätzliche Hilfebedarf gegenüber einem gesunden gleichaltrigen Kind maßgebend.