

Persönliche Angaben für die Bewertung der Behinderung (Gesetz Nr. 104/92)

Persönliche Daten des Patienten/der Patientin, der/die um die Bewertung ersucht

Familienname _____ Name _____
Geburtsdatum _____ Telefonnummer der zu kontaktierenden Person _____
E-Mail der zu kontaktierenden Person _____
Verwandtschaftsgrad _____

1. Ist der Patient Zivilinvalide bzw. die Patientin Zivilinvalidin?

☐ Ja, zu _____ % ☐ mit Begleitzulage ☐ Nein

2. Ist der Patient Arbeits- oder Dienstinvalide bzw. die Patientin Arbeits- oder Dienstinvalidin?

Arbeitsinvalidität: ☐ Ja, zu _____ % ☐ Nein Dienstinvalidität: ☐ Ja, zu _____ % ☐ Nein

Wenn ja, bitte medizinische Nachweise beifügen

3. Erhält der Patient/die Patientin ein Pflegegeld?

☐ Ja und zwar die: ☐ Pflegestufe 1, Datum _____ ☐ Pflegestufe 2, Datum _____
☐ Pflegestufe 3, Datum _____ ☐ Pflegestufe 4, Datum _____

Wofür wird das Pflegegeld verwendet?

☐ Nein, weil: ☐ Gesuch noch nie gestellt ☐ Gesuch gestellt, wartet auf Einstufung
☐ Antrag abgelehnt, Datum _____

4. Der Patient/die Patientin wohnt

- ☐ allein
☐ innerhalb der Herkunftsfamilie (Falls minderjährig, bitte angeben, ob weitere Minderjährige vorhanden sind und wie alt diese sind _____)
☐ mit dem Ehegatten/der Ehegattin bzw. dem Lebensgefährten/der Lebensgefährtin
☐ mit anderen Familienangehörigen
☐ mit einer Pflegekraft/Familienhilfe
☐ vorübergehend in einer sozialen oder sanitären Einrichtung
☐ dauerhaft in einer sozialen oder sanitären Einrichtung
☐ Gibt es Mitbewohner/Mitbewohnerinnen, welche bedeutende soziale/gesundheitliche Problematiken aufweisen?

Anmerkungen _____

5. Aktuelle Wohnsituation

- ☐ Stabile und angemessene Wohnsituation
- ☐ Architektonische Barrieren (z. B.: kein Aufzug, vorhandene Stufen, usw.)

Anmerkungen _____

6. Berufliche Situation

- ☐ Welchen Beruf übt der Patient/die Patientin aus? _____
- ☐ Arbeitet mit zeitlich begrenztem Vertrag
- ☐ Arbeitet mit zeitlich unbegrenztem Vertrag
- ☐ Anstellung durch gezielte Arbeitsvermittlung seit _____
- ☐ Gesamte Arbeitsstunden pro Woche _____
- ☐ Abwesenheit aufgrund von Krankheit (innerhalb der letzten 6 Monate) _____
- ☐ Arbeitslos seit _____
- ☐ In Pension seit _____

Anmerkungen _____

7. Ist die Person im Besitz eines Führerscheins? ☐ Ja ☐ Ja, in Begleitung zur Führerscheinkommission ☐ Nein

8. Kindergarten / Schule

In welchem Kindergartenjahr oder in welcher Schulklasse ist das Kind?

_____ Kindergartenjahr _____ Jahr der Mittelschule

_____ Jahr der Grundschule _____ Jahr der Oberschule

Hat das Kind einen Stützlehrer / eine Stützlehrerin? ☐ Nein ☐ Ja und zwar für _____ Wochenstunden

Gibt es andere betreuende Fachkräfte? ☐ Nein ☐ Ja und zwar für _____ Wochenstunden

Anmerkungen _____

9. Wie oft werden (pro Monat) ärztliche Kontrollvisiten, Therapien, Behandlungen durchgeführt?

- ☐ Dialyse (bitte ärztliche Bescheinigung der nephrologischen Abteilung oder des Hämodialysezentrums Novacellastraße beifügen) _____
- ☐ Psychologische/psychiatrische Gespräche _____
- ☐ Physiotherapie _____
- ☐ Blutentnahmen _____
- ☐ Chemotherapie (bitte onkologische Bescheinigung beifügen) _____

- ☐ Radiotherapie (bitte Bescheinigung beifügen, die die laufende Strahlentherapie bestätigt) _____
- ☐ Logopädie _____
- ☐ Ergotherapie _____
- ☐ Fachärztliche Visiten _____
- ☐ Andere Therapien _____
- Anmerkungen _____
- _____

10. Welche Medikamente (aktuelle Therapie anführen oder beilegen) nimmt der Patient/die Patientin?

11. Benötigt der Patient/die Patientin medizinisch-technische Hilfsmittel (z. B.: Rollstuhl, Krankenhausbett, Gehilfe, usw.)?

Welche? _____

12. Welche Einschränkungen und Schwierigkeiten hat der Patient/die Patientin aufgrund der Krankheit (im alltäglichen Leben, bei der Arbeit, im Kindergarten, in der Schule, in der Freizeit, usw.)?

Bitte kurz beschreiben _____

13. Wo benötigt der Patient/die Patientin Hilfestellungen im alltäglichen Leben

Einkäufe tätigen

- ☐ benötigt immer Hilfe ☐ benötigt gelegentlich Hilfe ☐ benötigt keine Hilfe

Zubereitung der Mahlzeiten

- ☐ benötigt immer Hilfe ☐ benötigt gelegentlich Hilfe ☐ benötigt keine Hilfe

Essen und Trinken

☐ benötigt immer Hilfe

☐ benötigt gelegentlich Hilfe

☐ benötigt keine Hilfe

Duschen, Baden, allgemeine Hygiene

☐ benötigt immer Hilfe

☐ benötigt gelegentlich Hilfe

☐ benötigt keine Hilfe

Benutzung der Toilette

☐ benötigt immer Hilfe

☐ benötigt gelegentlich Hilfe

☐ benötigt keine Hilfe

Fortbewegung im Haus

☐ benötigt immer Hilfe

☐ benötigt gelegentlich Hilfe

☐ benötigt keine Hilfe

Fortbewegung außer Haus

☐ benötigt immer Hilfe

☐ benötigt gelegentlich Hilfe

☐ benötigt keine Hilfe

Treppen steigen

☐ benötigt immer Hilfe

☐ benötigt gelegentlich Hilfe

☐ benötigt keine Hilfe

Begleitung ins Krankenhaus, zu Ämtern

☐ benötigt immer Hilfe

☐ benötigt gelegentlich Hilfe

☐ benötigt keine Hilfe

Aufstehen, Zubettgehen

☐ benötigt immer Hilfe

☐ benötigt gelegentlich Hilfe

☐ benötigt keine Hilfe

Ankleiden/Auskleiden

☐ benötigt immer Hilfe

☐ benötigt gelegentlich Hilfe

☐ benötigt keine Hilfe

Herrichten und Einnahme der Medikamente

☐ benötigt immer Hilfe

☐ benötigt gelegentlich Hilfe

☐ benötigt keine Hilfe

Ist der Patient/die Patientin inkontinent?

☐ Ja

☐ Nein

Hat der Patient/die Patientin einen Katheter?

☐ Ja

☐ Nein

Wird Hilfe bei der Handhabung des Katheters benötigt?

Ja ☐

☐ Nein

Hat der Patient/die Patientin einen künstlichen Darmausgang/Blasenausgang?

☐ Ja

☐ Nein

Wird Hilfe bei der Handhabung des künstlichen Ausganges benötigt?

☐ Ja

☐ Nein

Anderes _____

14. Möchte der Patient / die Patientin selbst die Leistungen des Gesetzes 104/92 in Anspruch nehmen?

Ja ☐ Nein ☐

Wenn ja, mit ☐ den 3 Tagen pro Monat ☐ der Reduzierung der Arbeitszeit ☐ dem Sonderurlaub

Im Falle der Überprüfung nach Art. 3 Abs. 3, wer erhält Leistung und in welcher Form?

Begünstigte Person _____ Verwandtschaftsgrad _____

☐ 3 Tagen pro Monat ☐ der Reduzierung der Arbeitszeit ☐ dem Sonderurlaub

15. Informationen über Verwandte/Verschwägte, welche die Betreuung erbringen

Vor- und Nachname (1) _____

Wohnhaft in _____

☐ Arbeitssituation _____

☐ Anzahl der wöchentlich geleisteten Stunden und Arbeitszeiten _____

☐ Derzeit durchgeführte Betreuung und zeitlicher Aufwand _____

☐ Eventuelle Schwierigkeiten betreffend geleisteter Fürsorge _____

Vor- und Nachname (2) _____

Wohnhaft in _____

☐ Arbeitssituation _____

☐ Anzahl der wöchentlich geleisteten Stunden und Arbeitszeiten _____

☐ Derzeit durchgeführte Betreuung und zeitlicher Aufwand _____

☐ Eventuelle Schwierigkeiten betreffend geleisteter Fürsorge _____

16. Erbringen andere Dienste/Personen Betreuung? Bei jeder Leistung sind die Wochenstunden anzugeben.

☐ Hauspflegedienst (bitte die Art der aktiven Leistung angeben) _____

☐ Spezialisierter Hauskrankenpflegedienst _____

☐ Familienhilfe (bitte die Anzahl der Tage und die Gesamtzahl der Stunden angeben) _____

☐ Haushaltshilfe _____

☐ Tagesstätte _____

☐ Anderes _____

17. Betreuen weitere Familienangehörige den Patienten/die Patientin? Falls zutreffend, bitte die Namen dieser Familienangehörigen angeben und kurz deren Betreuungstätigkeit beschreiben.

☐ Ja ☐ Nein

Datum _____ Unterschrift des Patienten/der Patientin _____

18. Vor- und Nachname, Adresse und Verwandtschaftsgrad der Person, die den Fragebogen ausgefüllt hat

Datum _____ Unterschrift des Erklärenden / der Erklärenden _____

BITTE LESERLICH SCHREIBEN