

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 _____

Telefonnummer der zu kontaktierenden Person _____

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

3. Erhält der Patient/die Patientin ein Pflegegeld?

☐ Ja und zwar die: ☐ Pflegestufe 1, Datum _____ ☐ Pflegestufe 2, Datum _____
☐ Pflegestufe 3, Datum _____ ☐ Pflegestufe 4, Datum _____
☐ Nein, weil: ☐ Gesuch noch nie gestellt ☐ Gesuch gestellt, wartet auf Einstufung
☐ Antrag abgelehnt, Datum _____

4. Der Patient/die Patientin wohnt

- ☐ allein
☐ innerhalb der Herkunftsfamilie
☐ 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 _____
☐ Arbeitszeit angeben _____

- ☐ Abwesenheit aufgrund von Krankheit (innerhalb der letzten 6 Monate) _____
- ☐ Arbeitslos seit _____
- ☐ In Pension seit _____
- Anmerkungen _____
- _____
- _____

7. Kindergarten/Schule

- 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 _____
- _____

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

- ☐ Dialyse _____
- ☐ Psychologische/psychiatrische Gespräche _____
- ☐ Physiotherapie _____
- ☐ Blutentnahmen _____
- ☐ Ergotherapie _____
- ☐ Logopädie _____
- ☐ Chemotherapie _____
- ☐ Radiotherapie _____
- ☐ Fachärztliche Visiten _____
- ☐ Andere Therapien _____
- Anmerkungen _____
- _____

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

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

Welche? _____

11. 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 _____

12. 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 _____

13. 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 _____

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

☐ Hauspflegedienst _____

☐ Spezialisierter Hauskrankenpflegedienst _____

☐ Familienhilfe _____

☐ Haushaltshilfe _____

☐ Tagesstätte _____

☐ Anderes _____

Bozen | G. Galilei Str. 10/G | inval.bz@sabes.it | Tel. 0471 439 280-82-84-85-97

Brixen | Dante-Str. 26C | inval.bx@sabes.it | Tel. 0472 813 021

Bruneck | Graben 7 | inval.bk@sabes.it | Tel. 0474 586 580

Meran | Laurin-Str. 24 | inval.me@sabes.it | Tel. 0473 264 713

PEC rechtsmedizin.medicinalegale@pec.sabes.it

http://www.sabes.it

Südtiroler Sanitätsbetrieb

St.-Nr./MwSt.-Nr. 00773750211

Bolzano | via G. Galilei 10/G | inval.bz@sabes.it | tel. 0471 439 280-82-84-85-97

Bressanone | via Dante, 26C | inval.bx@sabes.it | tel. 0472 813 021

Brunico | via Bastioni, 7 | inval.bk@sabes.it | tel. 0474 586 580

Merano | via Laurin, 24 | inval.me@sabes.it | Tel. 0473 264 713

PEC rechtsmedizin.medicinalegale@pec.sabes.it

http://www.asdaa.it

Azienda Sanitaria dell'Alto Adige

Cod. fisc./P. IVA 00773750211

15. 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 _____

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

Datum _____ Unterchrift des Erklärenden/der Erklärenden _____