



Das Pflege- Tagebuch!

**Der Weg zum Pflegegeld
und zur richtigen Einstufung**

VORWORT



„Das Pfl egetagebuch bietet eine praktische Hilfestellung zur Erlangung des Pflegegeldes und der richtigen Einstufung.“

Erwin Zangerl
AK Präsident



„Täglich sehen wir Ihre wertvolle und fürsorgliche Arbeit als pflegende Angehörige. Mit diesem Pfl egetagebuch wird Ihre Tätigkeit für andere sichtbar.“

DGKS Andrea Scholz
Obfrau, Plattform Mobile Pflege Tirol

EINLEITUNG

Für die Pflege zu Hause stellt das Pflegegeld eine wichtige finanzielle Unterstützung dar. Die Plattform Mobile Pflege Tirol hat in Zusammenarbeit mit der Arbeiterkammer Tirol ein **Pflegetagebuch** ausgearbeitet. Mit diesem Pflegetagebuch können Sie als pflegende Angehörige Ihre geleistete Hilfe darstellen. Dadurch wird die Notwendigkeit der regelmäßigen Unterstützung nachvollziehbar. Es ist empfehlenswert, das Pflegetagebuch mindestens über eine Woche zu führen.

Das Pflegegeld ist eine monatliche finanzielle Beihilfe für den Pflege- und Betreuungsaufwand ohne den Anspruch, die gesamten Kosten zu decken.

ANTRAGSTELLUNG

Der Antrag erfolgt mittels Formular (Muster im Anhang).

Das Formular erhalten Sie unter anderem:

- PVA
- Gemeinden
- Gesundheits- und Sozialsprengel
- Arbeiterkammer Tirol
- Hausärzte
- Internet

(https://www.help.gv.at/Portal.Node/hlpd/public/formulargruppe/36?p.ordner_name=a43c)

Der Antrag ist bei der pensionsauszahlenden Stelle einzubringen.

DAUER

Ab Antragstellung kann es etwa 4 bis 6 Wochen bis zur Untersuchung durch den Arzt oder durch das diplomierte Pflegepersonal dauern. Der begutachtende Arzt bzw. die begutachtende Pflegeperson kündigen ihren Besuch an.

Während der Untersuchung kann eine Vertrauensperson (z.B. Angehörige, Pflegeperson) anwesend sein, selbst dann, wenn der Begutachtende dies nicht möchte.

Bis zur Erteilung des schriftlichen Bescheides vergehen ca. 2 bis 3 Monate. Das Pflegegeld wird ab dem nächstfolgenden Monatsersten der Antragstellung zugesprochen.

KLAGEMÖGLICHKEIT

Ist der Antragsteller mit dem Inhalt des zugestellten Bescheides nicht einverstanden, weil entweder die Pflegestufe als zu niedrig erscheint oder aber überhaupt kein Pflegegeld zugesprochen wurde, kann eine Klage an das Landesgericht Innsbruck als Arbeits- und Sozialgericht eingebracht werden. Die Klage ist formlos und innerhalb von 3 Monaten ab Zustellung des Bescheides einzubringen.

Die Klage kann entweder an

- die pensionsauszahlende Stelle (PVA) oder
- direkt an das Gericht

gesandt werden.

Wird die Klage bei der PVA eingebracht, leitet die Pensionsversicherungsanstalt diese an das Gericht weiter.

Die Arbeiterkammer Tirol übernimmt für ihre Mitglieder das Einbringen der Klage bei Gericht.

Höhe des Pflegegeldes (Stand 1.1.2016)

Stufe 1	> 65 Stunden/Monat	€ 157,30
Stufe 2	> 95 Stunden/Monat	€ 290,00
Stufe 3	> 120 Stunden/Monat	€ 451,80
Stufe 4	> 160 Stunden/Monat	€ 677,60
Stufe 5	> 180 Stunden/Monat plus*	€ 920,30
Stufe 6	> 180 Stunden/Monat plus*	€ 1.285,20
Stufe 7	> 180 Stunden/Monat plus*	€ 1.688,90

* Pflegebedarf von durchschnittlich mehr als 180 Stunden im Monat und das Erfordernis einer besonders qualifizierten Pflege wie z.B. außergewöhnlicher Pflegeaufwand, zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen oder der Unmöglichkeit zielgerichteter Bewegungen mit funktioneller Umsetzung.

VORBEREITUNG AUF DIE BEGUTACHTUNG:

- Pflegetagebuch
- Pflegedokumentation bei bestehender Betreuung durch die Hauskrankenpflege
- Aktueller Arztbrief
- Medikamentenverordnung vom behandelnden Arzt oder Krankenhaus
(nicht selbst geschrieben)

ADRESSEN

Landesgericht Innsbruck als Arbeits- und Sozialgericht

Maximilianstraße 4
6010 Innsbruck
Tel.: +43 (0)5 76014 342000
Fax: +43 (0)5 76014 342499

PVA

Landesstelle Tirol

Ing.-Etzel-Straße 13
6020 Innsbruck
Tel.: 05 03 03
Fax: 05 03 03 - 388 50
Mail: pva-1st@pensionsversicherung.at

BVA

Landesstelle für Tirol

Meinhardstraße 1
6010 Innsbruck
Tel.: 05 04 05
Fax: 05 04 05 - 28900
Mail: Lst.ibk@bva.at

SVA

Landesstelle Tirol

Klara-Pölt-Weg 1
6020 Innsbruck
Tel.: 05 08 08 - 2038
Fax: 05 08 08 - 9839
Mail: pps.t@svagw.at

SVB

Regionalbüro Tirol

Fritz-Konzert-Straße 5
6020 Innsbruck
Tel.: +43 (0)512 520 67
Fax: +43 (0)512 520 67 - 6300
Mail: rb.trl@svb.at

VAEB

Südtiroler Platz 3
6020 Innsbruck
Tel.: 050 2350 - 36800
Basa: (880) 2350 - 36800
Fax: 050 2350 - 76800
Mail: gbz.innsbruck@vaeb.at

AUVA

Außenstelle Innsbruck

Ing.-Etzel-Straße 17
6020 Innsbruck
Tel.: +43 (0)5 93 93-34 801
Fax: +43 (0)5 93 93-34 815
Mail: AI@auva.at

Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates (Pensionsversicherung)

Florianigasse 2
1082 Wien
Tel.: +43 (0)1 4051381
Fax: +43 (0)1 4051381 - 20
Mail: office@van.co.at

Sozialministeriumservice – Landesstelle Tirol

Herzog-Friedrich-Straße 3
6020 Innsbruck
Tel.: 0512/563 101
Fax: 05 99 88 - 7075
Mail: post.tirol@sozialministeriumservice.at
www.sozialministeriumservice.at

BMASK

Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz

Stubenring 1
1010 Wien
Tel.: +43 (1)711 00 – 0
Mail: post@sozialministerium.at

ANHANG 1: ANTRAG PFLEGEgeld



PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT
Hauptstelle: Friedrich-Hillegeist-Straße 1, Postfach 1000, 1021 Wien / Österreich



Antrag auf

Eingangsstampile

☐ ZUERKENNUNG PFLEGEgeld
☐ ERHÖHUNG PFLEGEgeld
☐ WEITERGEWÄHRUNG nach befristetem Pflegegeldbezug
nach dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG)

Bitte unbedingt ausfüllen ¹⁾

FÜR

Versicherungsnummer

Geburtsdatum

¹⁾ Falls die Versicherungsnummer nicht bekannt ist, geben Sie bitte Ihr Geburtsdatum in der Form TT MM JJ an.

Familienname(n) / Nachname(n) und Vorname(n)

Personenstand

Pensionsnummer / Aktenzeichen
(Nur anzugeben, wenn dieses nicht mit der Versicherungsnummer ident ist.)

Geschlecht:

Staatsbürgerschaft:

☐ weiblich
☐ männlich

☐ Österreich
☐ EWR-Staat
☐ Schweiz
☐ Konventionsflüchtling (Bitte Nachweis über die Flüchtlingseigenschaft beilegen)
☐ sonstige

Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer

Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Heim, Krankenhaus, bei Familienangehörigen usw. geben Sie bitte die genaue Adresse bekannt

DURCH (nur auszufüllen, wenn der Antrag von der pflegebedürftigen Person nicht selbst gestellt werden kann)

Familienname(n) / Nachname(n) und Vorname(n)

Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür

Postleitzahl

Ort

Telefonnummer

ICH BIN

☐ der / die gesetzliche Vertreter / Vertreterin
☐ der / die gerichtlich bestellte Sachwalter / Sachwalterin ²⁾
☐ die obso-
pflichtige Person ²⁾
☐

²⁾ Bitte Bestellkunde dem Antrag beilegen, wenn die Bestellung dem Versicherungsträger noch nicht angezeigt wurde!



Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

PAL 080 (04. 2015)

DVR: 2108296

1. Wegen welcher Leiden ist Betreuung und Hilfe erforderlich bzw. hat sich Ihr Pflege-
bedarf erhöht?
(Ereignis vorletzte Befunde von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin oder Krankenhaus legen Sie bitte bei – auch in Kopie.)

Bei neuerlicher Antragstellung vor Ablauf eines Jahres nach der letzten rechtsgültigen Entscheidung ist jedenfalls ein ärztliches Attest vorzulegen.

Was ist die Hauptursache Ihrer Pflegebedürftigkeit?

☐ ja
☐ ja
☐ ja
☐ ja

☐ nein
☐ nein
☐ nein
☐ nein

Körperliche Einschränkung

geistige Beeinträchtigung

Gedächtnisstörung / Demenz

psychische Erkrankung

andere Ursachen

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Sollen zusätzlich zum Pflegegeldwerber / zur Pflegegeldwerberin weitere Personen vom
Termin des beabsichtigten Hausbesuches verständigt werden?

☐ nein
☐ ja

(Familie / Nachname(n) und Vorname(n) sowie Adresse und Telefonnummer)

Pflegeperson

2. Von welcher Person / Stelle wird die notwendige Betreuung und Hilfe erbracht?

(Familie / Nachname(n) und Vorname(n) sowie Adresse)

Wird bzw. wurde von der Pflegeperson
Familienangehöriger in Anspruch genommen?

☐ ja
☐ nein

Besteht eine 24-Stunden-Betreuung?

☐ ja
☐ nein

(Familie / Nachname(n) und Vorname(n) sowie Adresse der 24-Stunden-Betreuung)

☐ mobile Dienste (zB mobile Hilfe und Betreuung, Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern)
(Dienst, Kostenpunkt)

☐ ambulante / teilstationäre Dienste (zB Behinderteneinrichtung, Tagesheimstätte, Tagespflege, Kindergarten, Hort)
(Einrichtung sowie Adresse, Kostenpunkt)

☐ dauernde Unterbringung in einer stationären Einrichtung (zB Alten-, Pflege-, Wohn- oder Erziehungshaus,
Krankenanstalt)
(Einrichtung sowie Adresse, Kostenpunkt)

3. Befinden oder befanden Sie sich innerhalb der letzten Monate vor der Antragstellung in
einer in- oder ausländischen Krankenanstalt (zB Krankenhaus, Spital, Heilstätte,
Kloster)?

☐ nein
☐ ja

(Krankenanstalt, Aufenthalt von – bis, Kostenpunkt)

Sollten Sie über den Antriebsaufenthalt Unterlagen besitzen, senden Sie diese bitte mit.

4. Sind Sie durch einen Unfall pflegebedürftig geworden?

☐ nein
☐ ja – Datum des Unfalls: und
Unfallhergang (stichwortartig):

Liegt fremdes Verschulden am Unfall vor?

☐ ja
☐ nein

Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?

☐ ja
☐ nein

Wurde eine Unfallanzeige erstattet?

☐ ja
☐ nein

Wenn ja, bei welcher Stelle?

5. Beziehen oder beantragen Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem
Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (zB Pflegezulage, Blinden-
zulage)?

☐ nein
☐ ja

(Art der Leistung, ausstellende Stelle, Aktenzeichen)

Haben Sie eventuell auf Grund Ihres Gesundheitszustandes Anspruch auf eine dem Bundes-
pflegegeld ähnliche ausländische Leistung, die Sie noch nicht beantragt haben?

☐ nein
☐ ja

(Art der Leistung, ausstellende Stelle)

Erhalten Sie eine Pflegesachleistung aus einem EU-Mitgliedsstaat, einem EWR-Staat oder
der Schweiz?

☐ nein
☐ ja

(Art der Leistung, ausstellende Stelle, Aktenzeichen)

6. Beziehen oder beantragen Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes erhöhte Familien-
beihilfe?

☐ nein
☐ ja

(ausstellende Stelle, Aktenzeichen)

7. Beziehen oder beantragen Sie noch eine weitere Pension, Rente, einen Ruhe- oder Ver-
sorgungsgenuss oder dergleichen?

☐ nein
☐ ja

(Art der Leistung, ausstellende Stelle, Aktenzeichen)

8. Waren Sie in Ihrer aktiven Tätigkeit Beamter / Beamtin?

☐ nein
☐ ja

(nicht Dienststelle)

9. Anweisung

MIT Pensionsbezug:

Wenn Sie bereits eine Pension, eine Vollernte aus der Unfallversicherung oder einen Ruhe- oder Versorgungs-
genuss beziehen, wird das Pflegegeld wie diese Leistung angerechnet.
Der Bekanntgabe meines Kontos durch meine pensionsauszahlende Stelle an den Entscheidungsträger und der
Anweisung des Pflegegeldes auf dieses Konto wird zugestimmt.

OHNE Pensionsbezug:

Die Anweisung auf ein Konto

☐ wird gewünscht
Die Überweisung des Pflegegeldes auf ein Girokonto ist – auch bei bereits bestehendem Girokonto – nur
über Antrag auf "targetierte Pensionszahlung" bei einem Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse, Postspark-
kasse etc.) möglich.
(Der bei Ihrer Bank einrichtete, ausgefüllte und bestellte Antrag auf targetierte Gehalts- / Pensionsauszah-
lung ist beizulegen.)

☐ wird nicht gewünscht. Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.

10. Erklärung

Ich erkläre, dass ich die in diesem Antragstabelle enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beant-
wortet habe.
Ich nehme zur Kenntnis, dass mich das Bundespflegegeldgesetz verpflichtet, jede mir bekannte Veränderung in
den Voraussetzungen für das Pflegegeld, die den Verlust einer Förderung, die Rückerstattung des Antrages (zB
ab dem 2. Tag eines Krankenhausaufenthaltes) oder eine Anrechnung auf das Pflegegeld (bei Bezug anderer pfle-
gebezogener Leistungen neben dem Pflegegeld) begründen, binnen vier Wochen dem Entscheidungsträger zu
melden.
Jede Änderung des Wohnortes – wenn auch nur vorübergehend – ist innerhalb von zwei Wochen zu melden.
Ich bin verpflichtet, dem Bundespflegegeldgesetz ähnliche ausländische Leistungen geltend zu machen. Wenn
und solange ausländische Leistungen nicht geltend gemacht werden, kann das Pflegegeld abgelehnt, gemindert
oder entzogen werden.
Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückzuerstatten.
Ich bin selbstbehaltend / blind. ☐ ja ☐ nein
Wenn ja: Übermittlung des Beschlusses auch an die E-Mail Adresse

..... erwünscht.

Datum Unterschrift

Beilagen:



ANHANG 2: MUSTERKLAGE

An das
Landesgericht Innsbruck als
Arbeits- und Sozialgericht

Maximilianstr. 4
6020 Innsbruck

Ort, am

Klagende Partei:

Name
Adresse

Vertreten durch:

.....
.....

Beklagte Partei:

(Pflegegeldträger lt. Bescheid)
.....

Wegen:

Pflegegeld

KLAGE

Mit Bescheid vom wurde zu Unrecht die Gewährung von
Pflegegeld abgelehnt bzw. das Pflegegeld zu niedrig bemessen oder zu Unrecht herabgesetzt.

Beweis:

Bescheid vom
Sachverständiger aus einem medizinischen Bereich
oder Pflegebereich

Ich stelle daher den Antrag auf Fällung folgenden

Urteils:

Die beklagte Partei ist schuldig, der klagenden Partei ein Pflegegeld im gesetzlichen Ausmaß ab
dem der Antragstellung nächstfolgenden Monatsersten zu gewähren.

.....
(eigenhändige Unterschrift der klagenden Partei oder des Vertreters)

Anlage: Bescheid, Vollmacht

ALLGEMEINE ERLÄUTERUNGEN ZUM PFLEGETAGEBUCH

Es ist empfehlenswert, das Pflegetagebuch über mindestens eine Woche vor der Pflegegeldbegutachtung zu führen, um den regelmäßigen Pflege- und Betreuungsbedarf sichtbar zu machen.

Die für die Pflegegeldbegutachtung relevanten Aktivitäten, wie in der Tabelle aufgelistet, sind

- Mobilität,
- Körperpflege,
- Ernährung,
- Ausscheidung,
- hauswirtschaftliche Versorgung und
- besondere Ereignisse.

Dokumentieren Sie bitte die Häufigkeit und die Art der Hilfe.

ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN DER TABELLEN:

Kreuzen Sie in der nachfolgenden Tabelle jene von Ihnen durchgeführten Tätigkeiten an. Um die Regelmäßigkeit zu dokumentieren, tragen Sie täglich Ihre geleistete Unterstützung ein.

Beispiel:

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit				
	Morgen	Mittag	Nachmittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr
Mobilität Aufstehen vom Bett	✕ ✕ ✕ ✕ ✕ ✕	✕ ✕ ✕		✕ ✕ ✕ ✕ ✕ ✕	

ART DER HILFESTELLUNG:

Anleitung/Beaufsichtigung heißt, dass der Pflegebedürftige zu den Verrichtungen angeleitet und/oder beaufsichtigt werden muss.

Unterstützung heißt, dass der Pflegebedürftige Verrichtungen grundsätzlich selbstständig erledigen kann. Er muss jedoch bei der Vorbereitung und/oder Nachbereitung unterstützt werden (z.B. Rasur: Herrichten des Rasierers, anschließende Gerätereinigung notwendig).

Teilweise Übernahme heißt, dass der Pflegebedürftige einzelne Verrichtungen nicht durchführen kann und diese dann vom pflegenden Angehörigen übernommen werden (z.B. Rücken waschen oder Füße waschen, Getränke vorbereiten).

Vollständige Übernahme heißt, dass die Betreuungs- und Pflegeperson die Verrichtung vollständig übernimmt, da der Pflegebedürftige nicht in der Lage ist, diese selbst auszuführen.

Beispiel:

Art der Hilfe			
Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme not- wendig	Vollständige Über- nahme notwendig
✕✕✕✕✕✕		✕✕✕	

BESONDERHEITEN/ERSCHWERNISSE DER BETREUUNG

sind Ereignisse, welche die Betreuung erschweren, wie z.B. Schmerzen, Gelenksversteifungen, Wunden, Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen, Sturzgefährdung oder Gegenwehr durch Pflegebedürftigen.

Werden für Pflege- und Betreuungstätigkeiten 2 Personen benötigt, dann dokumentieren Sie dies ebenfalls unter diesen Punkt.

PFLEGETAGEBUCH (ZUM ABTRENNEN)

Es ist zu empfehlen, das Pflegetagebuch über mindestens eine Woche vor der Pflegegeldbegutachtung zu führen.

Name:

Datum: von: bis:

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Mobilität Aufstehen vom Bett									
Aufstehen vom Rollstuhl									
Stehen									
Gehen/ Bewegen									
Treppen stei- gen									
Lagewechsel im Bett									
Begleitung zum Arzt/ zur Therapie									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									

Ein Beispiel bzw. Muster befindet sich auf der Rückseite!

PFLEGETAGEBUCH (ZUM ABTRENNEN)

Es ist zu empfehlen, das Pflegetagebuch über mindestens eine Woche vor der Pflegegeldbegutachtung zu führen.

Name: *Max Mustermann*

Datum: von: bis:

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Mobilität Aufstehen vom Bett	X		X	X			X		
Aufstehen vom Rollstuhl	X	X	X	X				X	
Stehen	X	X	X	X			X	X	
Gehen/ Bewegen	X	X	X	X			X	X	
Treppen stei- gen									
Lagewechsel im Bett									
Begleitung zum Arzt/ zur Therapie									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln	<i>Rollstuhl</i>								

Name:

Datum: von: bis:

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Körperpflege Waschen									
Duschen									
Baden									
Rasieren									
Kämmen Haarpflege									
Zahn- und Mundpflege									
An- und Auskleiden									
Nagelpflege									
Kanülen- Pflege									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									

Ein Beispiel bzw. Muster befindet sich auf der Rückseite!

Name: *Max Mustermann*

Datum: von: bis:

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Körperpflege Waschen	X			X			X		
Duschen	<i>jeden Mittwoch</i>								X
Baden									
Rasieren	X							X	
Kämmen Haarpflege	X						X		
Zahn- und Mundpflege	X			X				X	
An- und Auskleiden	X			X				X	
Nagelpflege	<i>jeden Mittwoch</i>								X
Kanülen- Pflege									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln	<i>Duschstuhl</i>								

Name:.....

Datum: von:..... bis:.....

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Ernährung Mahlzeiten zubereiten									
Mundgerech- tes Zubereiten									
Unterstützung bei der Essens- aufnahme									
Sonden- nahrung									
Einnahme von Medikamen- ten									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									
Ausscheidung Toilettenbe- such für Harn- und Stuhlent- leerung									
Wechsel von Inkontinenz- hilfsmittel (Einlagen)									

Ein Beispiel bzw. Muster befindet sich auf der Rückseite!

Name:.....
Max Mustermann

Datum: von:..... bis:

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Ernährung Mahlzeiten zubereiten	X	X	X	X					X
Mundgerech- tes Zubereiten									
Unterstützung bei der Essens- aufnahme	X	X	X	X				X	
Sonden- nahrung									
Einnahme von Medikamen- ten	X	X	X	X			X		
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									
Ausscheidung Toilettenbe- such für Harn- und Stuhlent- leerung	X	X	X	X	X				X
Wechsel von Inkontinenz- hilfsmittel (Einlagen)	X		X	X					X

Name:.....

Datum: von:..... bis:.....

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Reinigung bei Inkontinenz nach Ausschei- dung									
Stoma-Pflege (künstlicher Darmausgang)									
Katheterpflege									
Einlauf									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									
Hauswirt- schaftliche Versorgung Herbeischaf- fung von Nah- rungsmitteln und Medika- menten									
Reinigen der Wohnung									
Reinigung der Bett- und Leibwäsche									

Ein Beispiel bzw. Muster befindet sich auf der Rückseite!

Name: *Max Mustermann*

Datum: von: bis:

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Reinigung bei Inkontinenz nach Ausschei- dung	X	X	X	X					X
Stoma-Pflege (künstlicher Darmausgang)									
Katheterpflege									
Einlauf									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									
Hauswirt- schaftliche Versorgung Herbeischaf- fung von Nah- rungsmitteln und Medika- menten	<i>3 mal wöchentlich</i>								X
Reinigen der Wohnung	X								X
Reinigung der Bett- und Leibwäsche	<i>2 mal wöchentlich</i>								X

Name:

Datum: von: bis:

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Heizen der Wohnung									
Sonstiges									
Besonder- heiten/Er- schwerisse in der Betreu- ung									

An der Betreuung und Pflege sind folgende Personen beteiligt:

- ☐ Angehörige
- ☐ Freunde, Bekannte
- ☐ Nachbarn
- ☐ Sozial- und Gesundheitssprengel
- ☐ Tagesbetreuung
- ☐ 24-Stunden Betreuung
- ☐ andere Betreuungsdienste
- ☐ Sonstige

Name: *Max Mustermann*

Datum: von: bis:

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Heizen der Wohnung	Ölheizung								X
Sonstiges									
Besonder- heiten/Er- schwerisse in der Betreu- ung		Schmer- zen		Sturz- gefähr- dung					
	1 mal wöchentlich Hausbesuch durch Hausarzt								
	1 mal täglich Betreuung durch SGS								

An der Betreuung und Pflege sind folgende Personen beteiligt:

- ☒ Angehörige
- ☐ Freunde, Bekannte
- ☐ Nachbarn
- ☒ Sozial- und Gesundheitssprengel
- ☐ Tagesbetreuung
- ☐ 24-Stunden Betreuung
- ☐ andere Betreuungsdienste
- ☐ Sonstige



Arbeiterkammer Tirol

Das Pflege- Tagebuch!

Arbeiterkammer Tirol

Maximilianstraße 7, 6020 Innsbruck

www.ak-tirol.com

ak@tirol.com

AK Tirol in den Bezirken:

Imst, Rathausstraße 1, 6460 Imst

Kitzbühel, Rennfeld 13, 6370 Kitzbühel

Kufstein, Arkadenplatz 2, 6330 Kufstein

Landeck, Malsersstraße 11, 6500 Landeck

Lienz, Beda-Weber-Gasse 22, 9900 Lienz

Reutte, Mühler Straße 22, 6600 Reutte

Schwaz, Münchner Straße 20, 6130 Schwaz

Telfs, Moritzenstraße 1, 6410 Telfs

kostenlose AK Servicenummer:

Tel. 0800/22 55 22