

Antrag auf Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Sozialdienststelle:	Aktenzeichen:
---------------------	---------------

Antragsteller:

Name Vorname	Geburtsdatum
Anschrift	Telefon

☐ Sachleistungen

☐ Geldleistung

Bankverbindung:

Kontonummer	Bankleitzahl:
Kreditinstitut	Kontoinhaber

Die Pflege bzw. Unterstützung wird durchgeführt von:

Name des Pflegedienstes	
Anschrift	Telefon
Name der Pflegeperson(en)	
Anschrift	Telefon

Hilfebedarf besteht im Bereich der

- ☐ Mobilität
- ☐ Kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten
- ☐ Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen
- ☐ Selbstversorgung
- ☐ Bewältigung von und selbständiger Umgang mit krankheits- oder therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
- ☐ Sonstiges _____

Liegen Diagnosen vor? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

Welche Medikamente nehmen Sie wie häufig ein? _____

Liegen ärztliche Verordnungen vor? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, wofür? _____

Sind Hilfsmittel vorhanden? ☐ Nein ☐ Ja

Wenn ja, welche? _____

Haben Hausarzt-, Facharzt-, Krankenhausbehandlungen innerhalb der letzten 2 Jahre stattgefunden?

☐ Nein ☐ Ja

Haben Sie Leistungen einer medizinischen Rehabilitation innerhalb der letzten 2 Jahre wahrgenommen?

☐ Nein ☐ Ja

Bitte fügen Sie aktuelle ärztliche Berichte sowie Entlassungsberichte aus Krankenhaus bzw. Rehabilitationseinrichtung und aktuelle medizinische Verordnungen bei.

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von

☐ der Unfallversicherung

☐ dem Sozialamt

☐ Sonstigen Stellen

Behandelnder Arzt:

Name	
Anschrift	Telefon

Ich bin einverstanden, dass die Pflegefachkraft des Grundsicherungs- und Sozialamtes vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen einsehen kann.

Datum

Unterschrift des Antragstellenden oder Bevollmächtigten



Freie und Hansestadt Hamburg

Fragebogen für Pflegebedürftige /Angehörige/Pflegepersonen zur Beurteilung der Pflegebedürftigkeit nach SGB XII

Behörde für Inneres und Sport

1. Name des/der Antragssteller/in: _____

2. Geburtsdatum (Tag/Monat/Jahr): _____

3. Sind Sie in letzter Zeit im Krankenhaus behandelt worden? Bitte geben Sie den Namen des Krankenhauses, die Aufenthaltsdauer und den Aufnahmegrund an.

4. Welche Erkrankungen stehen bei Ihnen im Vordergrund?

5. Welche Schwierigkeiten und Probleme ergeben sich aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen in Ihrem täglichen Leben?

6. Haben Sie in den letzten 4 Jahren eine Rehabilitation (Kur) durchgeführt?

☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, wann? (Monat/Jahr): _____

Wie wurde die Rehabilitation durchgeführt? ☐ ambulant ☐ stationär

7. Welche Hilfsmittel stehen Ihnen zur Verfügung?

☐ Brille ☐ Rollator ☐ Inkontinenzprodukte ☐ Gehstock

☐ Zahnprothese ☐ Rollstuhl ☐ Badewannenlifter ☐ Urinflasche

☐ Hörgerät ☐ Duschstuhl ☐ Kompressionsstrümpfe ☐ Sauerstoffkonzentrator



Freie und Hansestadt Hamburg

☐ Hausnotruf ☐ Pflegebett ☐ Toilettenstuhl ☐ Antidekubitusmatratze

☐ Unterarmgehstützen ☐ Toilettensitzerhöhung

☐ Weitere Hilfsmittel: _____

8. Leben Sie gemeinsam mit einer weiteren Person in einem Haushalt?

☐ Nein ☐ Ja Falls ja, mit wem? _____

9. Erhalten Sie Unterstützung durch einen Pflegedienst oder besuchen Sie eine Tagespflegeeinrichtung? (Wenn ja, geben Sie bitte deren Namen an.)

Wie oft pro Woche? _____

10. Benötigen Sie nachts die Unterstützung einer anderen Person (z. B. zum Toilettengang)?

☐ Nein ☐ Ja, mal pro Nacht



Freie und Hansestadt Hamburg

- 11.** Von welchen Personen werden Sie regelmäßig in häuslicher Umgebung gepflegt?
Die Angaben sind erforderlich zur Feststellung der Rentenversicherungspflicht der Pflegepersonen. Nicht gemeint sind ambulante Pflegedienste oder gewerbliche oder privat-gewerbliche Betreuungshilfen.

Name, Vorname, Geburtsdatum	Adresse	Pflege tage pro Woche	Stunden pro Woche	Werden weitere Personen von ihr gepflegt? (Ja/Nein)

- 12.** Wie groß sind Sie? cm - Wieviel wiegen Sie? kg

- 13.** Benötigen Sie im Bereich der Mobilität die Hilfe einer anderen Person?
Bitte Zutreffendes ankreuzen.

	Nein	Etwas	Überwiegend	Komplett
Sich im Bett drehen	☐	☐	☐	☐
Aus dem Bett aufstehen	☐	☐	☐	☐
Sich fortbewegen in der Wohnung	☐	☐	☐	☐
Treppen steigen	☐	☐	☐	☐

- 14.** Brauchen Sie Unterstützung einer anderen Person, um ... (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| ☐ sich zeitlich zu orientieren | ☐ Gesprächsinhalte zu verstehen |
| ☐ sich örtlich zu orientieren | ☐ Ihre Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen |
| ☐ sich an kurz zurückliegende Ereignisse zu erinnern | ☐ nahestehende Personen zu erkennen |
| ☐ sich an wichtige Lebensereignisse zu erinnern | ☐ Gefahren zu erkennen |
| ☐ Sachverhalte zu verstehen (z. B. Nachrichten) | ☐ Handlungen in richtiger Reihenfolge durchzuführen |
| ☐ Aufforderungen zu verstehen | |



Freie und Hansestadt Hamburg

- 15.** Gibt es weitere Besonderheiten (psychische Problemlagen) im Zusammenhang mit Pflege und Betreuung, bei denen Sie regelmäßig Unterstützung einer anderen Person benötigen, um diese zu bewältigen?

Bitte schildern Sie kurz, um welche Schwierigkeiten es dabei geht – also was eine andere Person für Sie tun muss und wie häufig dies vorkommt.



Freie und Hansestadt Hamburg

- 16.** Benötigen Sie bei Körperpflege und Nahrungsaufnahme die Hilfe einer anderen Person?
Bitte Zutreffendes ankreuzen.

	Nein	Etwas	Überwiegend	Komplett
Gesichtspflege, Kämmen	☐	☐	☐	☐
Waschen, Baden, Duschen	☐	☐	☐	☐
An- und Auskleiden	☐	☐	☐	☐
Essen zerkleinern, Flaschen öffnen	☐	☐	☐	☐
Essen	☐	☐	☐	☐
Trinken	☐	☐	☐	☐
Toilettengang	☐	☐	☐	☐
Versorgung mit Inkontinenzmaterial	☐	☐	☐	☐

- 17.** Bei welchen Maßnahmen, die vom Arzt für mindestens 6 Monate verordnet werden, benötigen Sie die Unterstützung einer anderen Person?

☐ Ich benötige keinerlei personelle Hilfe

☐ Tabletten, Augentropfen, Zäpfchen richten/verabreichen _____ mal pro Woche
Bitte namentlich auflühren:

☐ Injektionen, z. B. Insulin _____ mal pro Woche

☐ Blutzuckermessung _____ mal pro Woche

☐ Kompressionsstrümpfe anziehen _____ mal pro Woche

☐ Kompressionsstrümpfe ausziehen _____ mal pro Woche

☐ andere: _____

Wie und wie häufig besuchen Sie im Durchschnitt eine Arztpraxis?

mal monatlich

☐ alleine

☐ Begleitung erforderlich



Freie und Hansestadt Hamburg

Wie häufig besuchen Sie im Durchschnitt eine Therapeutenpraxis?

Krankengymnastik _____ mal monatlich ☐ Begleitung erforderlich

Ergotherapie _____ mal monatlich ☐ Begleitung erforderlich

Logopädie _____ mal monatlich ☐ Begleitung erforderlich

18. Brauchen Sie Unterstützung einer anderen Person, um ... (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ sich tagsüber zu beschäftigen (z. B. Fernsehen/Radio einschalten, Handarbeit)

☐ über den Tag hinaus zu planen (z. B. einen Arzttermin)

☐ nachts zu schlafen bzw. mit Schlafstörungen zurecht zu kommen

☐ telefonisch weitere Hilfe zu holen, falls erforderlich

19. Hier können Sie noch ergänzende Angaben machen (z. B. wenn der Platz bei einigen Fragen nicht ausreichte oder Sie uns noch auf etwas hinweisen möchten).

20. Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung beim Ausfüllen dieses Fragebogens. Bitte unterschreiben Sie ihn hier und senden Sie ihn binnen 8 Tagen an uns zurück.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

21. Bitte nennen Sie uns eine Ansprechperson, falls wir noch Rückfragen haben.

Vor- und Nachname: _____

Telefonnummer: _____

Entbindung von der ärztlichen Schweigepflicht

Einwilligungserklärung der / des Leistungsberechtigten oder der gesetzlichen Vertreterin/ des gesetzlichen Vertreters der/der Leistungsberechtigten

☐ gesetzliche/r Vertreter/in

☐ Leistungsberechtigte/r

Ich, _____ geb. am _____._____._____, **willige ein**, dass der Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes von den von mir unten mitgeteilten Ärzten und Einrichtungen oder den Ärzten und Einrichtungen, die aus den von mir überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen und Auskünfte erhalten darf, die er für die

- Entscheidung über folgende Leistungen: Hilfe zur Pflege bzw.
- Geltendmachung von Erstattungsansprüchen gegenüber anderen Sozialleistungsträgern bzw. von übergegangenen Schadenersatzansprüchen gegenüber Dritten wegen dieser Leistungen

benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben.

Ärztliche Untersuchungen, die während des Verfahrens – beispielsweise in einem Krankenhaus oder einer anderen Behandlungsstätte – stattgefunden haben, werde ich dem Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes umgehend mitteilen.

Ich **willige zudem ein**, dass der Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes auch die Unterlagen über diese ärztlichen Untersuchungen zu den o.g. Zwecken erhalten darf.

Ich willige außerdem ein, dass in den Fällen der Erstattungsverfahren nach §§ 102 ff.

Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X),

§ 16 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) oder des gesetzlichen Überganges nach §§ 116 ff.

SGB X die bestehenden Gutachten, Krankheitsbefunde (Krankengeschichten) und Röntgenaufnahmen an den Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes und an Dritte herausgegeben und von ihnen eingesehen und verwertet werden.

Sie können einer Weitergabe Ihrer Daten aber jederzeit ohne Angabe von Gründen

widersprechen. Das kann allerdings dazu führen, dass Ihnen eine Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen wird, wenn Sie zuvor schriftlich auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§ 66 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)).

Name des Arztes/ Krankenhauses usw.	Anschrift

Ich bestätige, dass ich eine Ausfertigung der von mir unterschriebenen Schweigepflichtsentbindung erhalten habe. **Ich wurde darauf hingewiesen**, dass ich diese jederzeit ohne Angabe von Gründen ganz oder teilweise widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Leistungsberechtigten

Hinweise

Die ärztlichen Auskünfte und Unterlagen werden nur dann erhoben, wenn sie **erforderlich** sind, um über die Voraussetzungen für die Leistungsgewährung zu entscheiden (§ 67a Abs. 1 S. 1 SGB X).

Der Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes **darf medizinische Daten**, die ihm bereits vorliegen oder die er mit Ihrer Einwilligung erhalten hat, an andere Sozialleistungsträger (zum Beispiel Krankenkassen, Agenturen für Arbeit, Versorgungsämter, Rentenversicherungsträger, Sozialämter oder Jobcenter) für deren gesetzliche Aufgabenerfüllung oder für die Erfüllung eigener gesetzlicher Aufgaben **weitergeben**.



Freie und Hansestadt Hamburg

Behörde für Inneres und Sport

Behörde für Inneres und Sport – M 43, Bargkoppelstieg 14, 22145

Amt für Migration
M 43 Leistungen nach dem AsylbLG

Behörde für Inneres und Sport
Leistungen nach dem AsylbLG – M 43
Bargkoppelstieg 14
22145 Hamburg

Bargkoppelstieg 14
22145 Hamburg

Kontakt: www.hamburg.de/go/asylblg

Einwilligungserklärung

Betreuer/in / Bevollmächtigte/r (falls vorhanden)

Name: _____

Anschrift: _____

Leistungsbeziehende/r / Betreute/r / Vollmachtgeber/in

Name: _____

Anschrift: _____

Im Rahmen der Prüfung des Antrages auf Hilfen zur Pflege willige ich als Betreuer/in / Bevollmächtigte/r oder als Leistungsbeziehende/r in eine Begutachtung durch die Pflegefachkraft des Grundsicherungs- und Sozialamtes ein.
Diese umfasst ggf.:

- eine körperliche Untersuchung
- eine Einsichtnahme in die Pflegedokumentation

Hamburg, den _____

Unterschrift Leistungsbeziehende/r oder Betreuer/in bzw. Bevollmächtigte/r