

**OBERÖSTERREICHISCHER SENIORENBUND**  
**Landesleitung, 4020 Linz, Obere Donaulände 7, Heinrich-Gleissner-Haus,**  
**Telefon: (0732) 775311, Fax: (0732) 775311-729**

**ERHEBUNGSBOGEN FÜR KLAGEVERFAHREN (BUNDESPFLEGE GELD)**

**NAME:** .....

**ADRESSE:** .....

**GEBURTSDATUM:** .....

**TELEFON:** .....

**IBAN:** .....

**Fragen zum Allgemeinzustand:**

Sind Sie hochgradig sehbehindert oder blind? o ja o nein

Sind Sie überwiegend auf den Gebrauch eines Rollstuhles angewiesen? o ja o nein

    Wenn ja: o Können Sie sich mit dem Rollstuhl alleine fortbewegen? o ja o nein

            o Liegt praktisch Bewegungsunfähigkeit vor? o ja o nein

Sind Sie bettlägrig? o ja o nein

Brauchen Sie Hilfe für Lage- bzw. Ortswechsel (Aufrichten, Aufstehen, Aufsuchen des WC, usw.)? o ja o nein

    Wenn ja, für welche Bewegungen:

Brauchen Sie Hilfsmittel (Badewannenlifter, Duschstockerl, Zimmer-WC, usw.)? o ja o nein

    Wenn ja, welche:

Brauchen Sie die dauernde Bereitschaft einer anderen Person? o ja o nein

Ist eine dauernde Beaufsichtigung erforderlich? o ja o nein

**Brauchen Sie Betreuung bei folgenden Verrichtungen?**

Tägliche Körperpflege o ja o nein

An- und Auskleiden o ja o nein

Zubereiten von Mahlzeiten o ja o nein

Einnehmen von Mahlzeiten o ja o nein

Einnehmen von Medikamenten o ja o nein

Verrichten von Notdurft (einschließlich Reinigung danach) o ja o nein

Leiden Sie an unkontrolliertem Stuhlabgang? o ja o nein

Leiden Sie an unkontrolliertem Harnverlust? o ja o nein

    Wenn ja: Die Reinigung danach

        o führe ich selbst durch bzw.

        o wird von ..... durchgeführt.

Brauchen Sie regelmäßig Einläufe? o ja o nein

Haben Sie einen Dauerkatheter? o ja o nein

Haben Sie einen künstlichen Darmausgang? o ja o nein

Haben Sie eine Luftröhrenkanüle? o ja o nein

**Brauchen Sie Hilfe bei folgenden Verrichtungen?**

Besorgen von Lebensmitteln und Medikamenten o ja o nein

Reinigung der Wohnung o ja o nein

Waschen und Bügeln der Wäsche (inkl. Bettwäsche) o ja o nein

Beheizen des Wohnraumes einschließlich Besorgen von Heizmaterial o ja o nein

Brauchen Sie eine Begleitperson bei Arztbesuchen? o ja o nein

..... **aufgenommen von:** .....

(Datum)

(Name in Blockschrift)