



ANTRAG auf PFLEGE GELD nach dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG)

☐ ZUERKENNUNG / ☒ **ERHÖHUNG**

*wegen diagnosebezogener
Mindesteinstufung*

☐ **WEITERGEWÄHRUNG** nach BEFRISTUNG

§ 4a Abs. 1 BPGG

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen, Zutreffendes bitte ankreuzen ☒

Wollen Sie mehr Angaben machen, ergänzen Sie die Daten bitte auf einem zusätzlichen Blatt Papier.

1	PERSÖNLICHE ANGABEN	Versicherungsnummer
Familienname		

2 von 4

3	Angaben zu Ihrem GESUNDHEITZUSTAND Bitte legen Sie vorhandene Befunde von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin oder Krankenhaus in Kopie bei.
Krankheiten bzw. gesundheitliche Beeinträchtigungen: <i>St.p. POLIOMYELITIS ICD-10-A80 (Infektion); ICD-10-B91 FOLGESCHÄDEN d. POLIO z.B. LÄHMUNG; POST POLIO SYNDROM ICD-10-G14 SPÄT FOLGEND. POLI</i>	
Neuerlicher Antrag innerhalb eines Jahres nach der letzten Entscheidung: Aktuelle medizinische Unterlagen (z.B. ärztliches Attest, Krankenhausbefunde) sind vorzulegen. Aus den Unterlagen muss hervorgehen, dass sich der Gesundheitszustand verschlechtert hat oder eine neue Krankheit / Beeinträchtigung vorliegt.	
Gründe Ihrer Pflegebedürftigkeit:	
körperliche Einschränkung ☐ ja ☐ nein geistige Beeinträchtigung ☐ ja ☐ nein	
Rollstuhlfahrer*in ☐ ja ☐ nein Gedächtnisstörung / Demenz ☐ ja ☐ nein	
Sehbehinderung / Blindheit ☐ ja ☐ nein psychische Erkrankung ☐ ja ☐ nein	
Nehmen Sie regelmäßig Medikamente?	
☐ nein	
☐ ja, welche:	
Sollen weitere Personen vom Termin eines Hausbesuches zur Feststellung des Pflegebedarfs informiert werden?	
☐ nein	
☐ ja,	
(Familienname(n) und Vornamen(n), Adresse, Telefonnummer, E-Mail)	
4	Erfolgt die notwendige BETREUUNG UND HILFE von einer anderen Person / Stelle?
☐ nein ☐ ja, bitte um weitere Angaben	
☐ Pflegeperson(en) Name(n) und Adresse(n)	Familienhospizkarenz ☐ nein ☐ ja, von bis
	Pflegekarenz oder Pflegezeit ☐ nein ☐ ja, von bis
	Besteht eine 24-Stunden-Betreuung? ☐ nein ☐ ja