

Aktenzeichen: _____

Sozialgericht

Den Hilfebedarf der/des Versicherten beschreibe ich wie folgt:

a) Sie/Er benötigt Hilfe bei der Grundpflege und zwar:

	Wie oft und wann?	Wie lange (in Minuten) dauert die Hilfestellung?
1. Waschen	_____	_____
2. Dusche	_____	_____
3. Baden	_____	_____
4. Zahnpflege	_____	_____
5. Kämmen	_____	_____
6. Rasieren	_____	_____
7. Wasserlassen/Stuhlgang	_____	_____
8. mundgerechtes Zubereiten des Essens (ohne Kochen)	_____	_____
9. Essen	_____	_____
10. Aufstehen/Zubettgehen	_____	_____
11. An-/Auskleiden	_____	_____
12. Gehen in der Wohnung	_____	_____
13. Stehen	_____	_____
14. Treppensteigen in der Wohnung	_____	_____
15. Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung (unbedingt notwendiges Aufsuchen von Ärzten oder Behörden)	_____	_____

b) Sie/Er benötigt Hilfe bei der hauswirtschaftlichen Versorgung, und zwar beim:

	Wie oft in der Woche?	Wie lange (in Minuten) dauert die Hilfestellung?
1. Einkaufen	_____	_____
2. Kochen	_____	_____
3. Reinigen der Wohnung	_____	_____
4. Spülen	_____	_____
5. Wechseln und Waschen der Wäsche	_____	_____
6. Beheizen	_____	_____

Die Hilfestellungen erfolgen durch:

Name, Vornamen, Anschrift der Pflegeperson

Bei welchen Ärzten ist die/der Versicherte zurzeit bzw. war die/der Versicherte in den letzten 5 Jahren in Behandlung? Bitte benennen Sie Namen und Anschriften der Ärzte und die Art der Beschwerden:

Wurden die/der Versicherte in den letzten Jahren stationär in einem Krankenhaus behandelt, ggf. in welchem? Bitte benennen Sie ggf. das Krankenhaus möglichst genau (Name, Anschrift, Behandlungszeitraum, Abteilung). Falls Rehabilitationsmaßnahmen (Kuren) durchgeführt wurden, geben Sie diese bitte hier an:

Bitte geben Sie für etwaige Rückfragen Ihre Telefonnummer bekannt und geben Sie das Geburtsdatum der/die Versicherten an:

Datum, Ort

Unterschrift