

Name, Vorname: _____

Name und Tel.-Nr. für Rückfragen und Terminvereinbarungen:

**Ergänzende Angaben zum Antrag auf Gewährung von Hilfe zur
Pflege/Haushaltshilfe nach §§ 61 ff SGB XII/§ 70 SGB XII**

1. Es bestehen folgende Beschwerden: _____

Es bestehen folgende Gefährdungen (z. B. Sturzgefahr, Dekubitus,
Weglauff Tendenzen): _____

2. Die Beschwerden/Behinderungen beruhen auf:

Unfall () nein () ja

Wenn ja, bitten Verursacher angeben, eventl. dessen Versicherung

(Name)

(Anschrift)

3. Ich besuche folgende teilstationäre Einrichtungen/Tagespflege:

() keine () _____

4. Ich nehme zusätzliche Betreuungsleistungen (125,00 EUR) der Pflegeversicherung in
Anspruch

() nein () ja,

für _____
(z. B. hauswirtschaftliche Versorgung, Begleitung bei Aktivitäten, Besuch der Tagespflege)

5. Ich benötige folgende hauswirtschaftliche Hilfen:

6. Diese Tätigkeiten können von Mitgliedern der Haushaltsgemeinschaft/Angehörigen durchgeführt werden:

nein ja

Wenn nein: warum nicht? _____

Die Hausarbeiten erledigt für mich: _____
(Name)

(Verwandtschaftsgrad) (Anschrift)

im Umfang von _____ Stunden täglich/wöchentlich

7. Ich benötige seit _____ folgende pflegerische Hilfen:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> beim Aufstehen | <input type="checkbox"/> beim Gehen |
| <input type="checkbox"/> beim Zubettgehen | <input type="checkbox"/> beim Anlegen orthopädischer Hilfsmittel |
| <input type="checkbox"/> beim Treppensteigen | <input type="checkbox"/> beim Baden |
| <input type="checkbox"/> Begleitung außerhalb des Hauses | <input type="checkbox"/> bei der Körperpflege/Waschen |
| <input type="checkbox"/> Begleitung auf dem Schulweg | <input type="checkbox"/> beim Essen und Trinken |
| <input type="checkbox"/> beim An-/Auskleiden | <input type="checkbox"/> bei der Toilettenbenutzung |

8. Diese Tätigkeiten können von Mitgliedern der Haushaltsgemeinschaft/Angehörigen durchgeführt werden:

nein ja

Wenn nein: warum nicht? _____

Die Pflege wird ausgeführt von: _____
(Pflegedienst)

(Anschrift)

Ort Datum

Unterschrift Antragsteller/Bevollmächtigter/gesetzlicher Betreuer

Datenschutzrechtliche Hinweise: Die von Ihnen erhobenen Daten werden für die Gewährung von Leistungen nach dem SGB XII vom Kreis Schleswig-Flensburg erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt. Eine Übermittlung an Dritte erfolgt nur im Rahmen der gesetzlichen Bestimmungen.