

## Private Pflegepflichtversicherung (PPV)

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

### Höherstufungsantrag

Ein Höherstufungsantrag soll gestellt werden.

Über unsere Homepage [www.lkh.de](http://www.lkh.de) haben Sie einen Antrag auf Höherstufung heruntergeladen. Bitte füllen Sie das beigefügte Formular „Antrag auf einen höheren Pflegegrad“ aus. Die „datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen“ ist vom Pflegebedürftigen oder dessen Bevollmächtigtem zu unterschreiben.

Bitte übersenden oder faxen Sie sämtliche Unterlagen dann an:

Adresse Landeskrankenhilfe V.V.a.G.  
PPV-Leistung  
21332 Lüneburg

Telefax 04131 725-1393

Beachten Sie bitte, dass nur solche pflegerelevanten Umstände berücksichtigt werden können, die eine dauerhafte (mindestens für 6 Monate dauernde) Erhöhung des Pflegeaufwandes nach sich ziehen. Vorübergehende, kurzzeitige Verschlechterungen, wie zum Beispiel nach einer Operation oder Infektionserkrankung, begründen keinen höheren Pflegegrad.

Zur Beauftragung des Medizinischen Dienstes benötigen wir eine aktuelle Schweigepflichtentbindung, dies ist zwingende Voraussetzung. Bitte senden Sie uns deshalb unverzüglich die Schweigepflichtentbindungserklärung vom Pflegebedürftigen oder dessen Bevollmächtigten unterschrieben zurück, damit wir das Eingangsdatum des Antrages anerkennen und Sie ggf. von dem Zeitpunkt an Leistungen beanspruchen können.

Hilfreich für den Gutachter ist der ausgefüllte Fragebogen „Antrag auf einen höheren Pflegegrad“. Mit dessen Hilfe kann sich der Gutachter auf die Begutachtungssituation vorbereiten. Bitte füllen Sie das Formular aus und fügen es der Schweigepflichtentbindungserklärung bei.

Wir werden dann MEDICPROOF, den Medizinischen Dienst der Privaten Pflegepflichtversicherung, mit einer Begutachtung beauftragen. Der Gutachter wird sich telefonisch zwecks Terminvereinbarung mit Ihnen oder der von Ihnen angegebenen Kontaktperson in Verbindung setzen und sich als Mitarbeiter von MEDICPROOF ausweisen.

Über das Ergebnis der erneuten Begutachtung werden wir Sie umgehend informieren.

Mit freundlichen Grüßen  
Landeskrankenhilfe V.V.a.G.

## **Achtung: Wichtiger Hinweis zu den beigegeführten Antragsformularen**

**Aufgrund der durch die Folgen des Corona-Virus verursachten aktuellen Situation sind besondere Maßnahmen erforderlich. Denn das gesundheitliche Wohlergehen unserer Versicherten ist uns sehr wichtig. Gesundheitliche Risiken und soziale Kontakte sollen minimiert werden.**

**Grundsätzlich erfolgt die Begutachtung - auf der Grundlage aktueller Erkenntnisse der Schutz- und Hygieneanforderungen - durch einen Besuch eines Mitarbeiters des Medizinischen Dienstes und eine Begutachtung im häuslichen Bereich.**

**Unter besonderen Voraussetzungen (z. B. (Teil-) Lock down, Zustand nach einer Organtransplantation, laufende Chemo-Therapie) kann derzeit auf einen Besuch eines Mitarbeiters des Medizinischen Dienstes und eine Begutachtung im häuslichen Bereich verzichtet werden. Die Feststellungen von Pflegebedürftigkeit und Notwendigkeit technischer Hilfsmittel erfolgen dann als digitale Begutachtung auf Basis der vorliegenden Unterlagen und/oder telefonischer Befragung/Interview durch den Gutachter.**

**Für Sie bedeutet das:**

**Bitte fügen Sie den beiliegenden Fragebogen vollständig ausgefüllt sowie Kopien aller wichtigen aktuellen medizinischen Unterlagen bei, die Ihnen vorliegen und die Auskunft über den Gesundheitszustand geben. Dies sind z. B. Arztberichte, Krankenhausentlassungsberichte, Dokumentationen eines Pflegedienstes/einer Pflegeeinrichtung u. a.**

**Vielen Dank.**

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_, geb. \_\_\_\_\_

## Datenschutzrechtliche Einwilligungs- und Schweigepflichtentbindungserklärungen

Leistungen aus der privaten Pflegepflichtversicherung erhalte ich erst, wenn die Pflegebedürftigkeit im Sinne von §1 Absatz 2 bis 10 MB/PPV durch ein Gutachten gemäß § 1 Abs. 11 MB/PPV\* festgestellt worden ist. Zu diesem Zweck beauftragt mein privater Kranken- / Pflegeversicherer (Versicherer) die MEDICPROOF GmbH (MEDICPROOF), die Begutachtung einem Arzt oder einer Pflegefachkraft (Gutachter) zu übertragen. MEDICPROOF mit Sitz in Köln ist der medizinische Dienst der privaten Pflegepflichtversicherung. Der Gutachter soll insbesondere Folgendes feststellen:

- den Eintritt, den Grad und die Fortdauer einer Pflegebedürftigkeit,
- die Eignung, Notwendigkeit und Zumutbarkeit von Maßnahmen zur Beseitigung, Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit,
- die Notwendigkeit der Versorgung mit (beantragten) Hilfsmitteln sowie wohnumfeldverbessernden Maßnahmen und
- Namen, Vornamen, Geburtsdaten, Adressen und Pflegezeiten von Pflegepersonen.

Mein Versicherer kann MEDICPROOF auch beauftragen, dass der Gutachter in einem gesonderten Gutachten Feststellungen zur Notwendigkeit der Versorgung mit (beantragten) Hilfsmitteln sowie wohnumfeldverbessernden Maßnahmen trifft.

Mein Versicherer kann MEDICPROOF auch damit beauftragen, durch einen Gutachter eine pflegefachliche Stellungnahme über die Sicherstellung der erforderlichen körperbezogenen Pflegemaßnahmen, der pflegerischen Betreuungsmaßnahmen und der Hilfen bei der Haushaltsführung zu erstellen. Die pflegefachliche Stellungnahme enthält beispielsweise Folgendes:

- Beurteilung der Pflege- und Versorgungssituation auch im Hinblick auf die Pflegepersonen,
- Darstellung eines ganzheitlich betrachteten Pflege- und Versorgungsbedarfs und
- konkrete Hinweise und Vorschläge zur Verbesserung der Pflegesituation.

Weiterhin bietet die private Pflegepflichtversicherung gemäß § 4 Absatz 15 MB/PPV\* Pflegekurse für Angehörige und ehrenamtliche Pflegepersonen auch in der häuslichen Umgebung der/des Pflegebedürftigen an. Es handelt sich um eine Versicherungsleistung, die pflegenden Angehörigen und ehrenamtlichen Pflegepersonen unter anderem konkrete pflegerische Fähigkeiten vermitteln soll. Auch zu diesem Zweck beauftragt mein Versicherer MEDICPROOF damit, die Durchführung des Pflegekurses in Form des Pflegestrainings einem Pflegetrainer von MEDICPROOF zu übertragen. Der Pflegetrainer vermittelt dabei beispielsweise:

- Lagerungstechniken für Rücken schonendes Arbeiten oder zur Vermeidung von Druckgeschwüren,
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Inkontinenz und
- pflegerische Besonderheiten im Zusammenhang mit Körperpflege.

Zur Prüfung der Voraussetzungen für die Auszahlung von Pflegegeld benötigt mein Versicherer die Angabe, ob es sich bei den Leistungen des ambulanten Pflegedienstes um Leistungen der häuslichen Pflegehilfe nach dem SGB XI handelt. Handelt es sich um eine ambulante Pflegesituation und ist ein Pflegedienst tätig, beauftragt mein Versicherer MEDICPROOF, durch einen Gutachter im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit Folgendes feststellen zu lassen:

die Beteiligung des ambulanten Pflegedienstes an Maßnahmen der Selbstversorgung (Modul 4 des Begutachtungsinstruments gem. § 1 Abs. 5 Satz 1, 2 MB/PPV\*).

### 1. Datenübermittlung an MEDICPROOF, den Gutachter und den Pflegetrainer

Mein Versicherer übermittelt die zur Begutachtung, zur Anfertigung der pflegefachlichen Stellungnahme und für das Pflegestraining durch MEDICPROOF erforderlichen personenbezogenen Daten wie

- meinen Namen, Vornamen, Adresse, Geburtsdatum und Versicherungsnummer,
- Name und Adresse der Pflegeeinrichtung,
- Name, Vorname, Adresse und Geburtsdatum der mich versorgenden Pflegepersonen,
- meine Gesundheitsdaten, wie bekannte Diagnosen und Beschreibungen des Krankheitsbildes,

an MEDICPROOF. Bereits vorhandene Pflegegutachten können übermittelt werden, soweit dies für die Durchführung der vorstehend genannten Aufträge erforderlich ist.

In Einzelfällen können auch ärztliche Entlassungs- oder Behandlungs- und Befundberichte übermittelt werden, wenn dies erforderlich ist, um das Krankheitsbild genau zu beschreiben. Gleichzeitig benennt mein Versicherer Hilfsmittel und wohnumfeldverbessernde Maßnahmen, die vorhanden oder bereits beantragt sind. MEDICPROOF gibt die für die Begutachtung, die pflegfachliche Stellungnahme oder das Pflegetraining erforderlichen Daten an den beauftragten Gutachter bzw. Pflegetrainer weiter.

**Ich willige** in die Übermittlung der erforderlichen Daten zur Begutachtung, Anfertigung der pflegfachlichen Stellungnahme und zur Durchführung des Pflegetrainings an MEDICPROOF, den Gutachter und den Pflegetrainer **ein und entbinde** die für den Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht.

## 2. Datenerhebung bei Dritten und Weiterleitung an MEDICPROOF sowie den Versicherer

Benötigt der Gutachter weitere Informationen, um die erforderlichen Feststellungen zur Pflegebedürftigkeit treffen zu können, kann die Befragung Dritter erforderlich sein, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben. Dritte in diesem Sinne sind Ärzte und sonstige Angehörige eines Heilberufs, Pflegepersonen, pflegende Angehörige und Bedienstete von Pflegediensten und Pflegeheimen. Die Kenntnis der Daten muss zur Beurteilung der Leistungspflicht erforderlich sein.

**Ich willige ein**, dass der Gutachter erforderliche Informationen bei den unter 2. genannten Dritten, die mich untersucht, beraten, behandelt oder gepflegt haben, zur Erstellung seines Gutachtens erhebt und verarbeitet. **Ich entbinde** die unter 2. genannten Personen und Stellen dazu von ihrer Schweigepflicht. **Ferner willige ich ein**, dass der Gutachter meine diesbezüglichen Daten an MEDICPROOF und an meinen Versicherer übermittelt **und entbinde** ihn insoweit von seiner Schweigepflicht.

## 3. Übermittlung des Gutachtens zur Pflegebedürftigkeit / des gesonderten Gutachtens zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen / der pflegfachlichen Stellungnahme an MEDICPROOF und meinen Versicherer

MEDICPROOF muss – in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Bestimmungen (§ 23 Absatz 6 Nr.1 SGB XI) – bei der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit sicherstellen, dass die gleichen Maßstäbe und Grundsätze wie in der sozialen Pflegeversicherung angewendet werden. Außerdem gewährleistet MEDICPROOF, dass das Begutachtungsverfahren einheitlich ausgestaltet ist und prüft, ob das Gutachten vollständig und plausibel ist. MEDICPROOF hat in ihrem Gutachten zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit nach Maßgabe von § 6 Absatz 2 Satz 2 MB/PPV\* eine konkrete Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung abzugeben.

**Ich willige ein**, dass der Gutachter das Gutachten zur Pflegebedürftigkeit, das gesonderte Gutachten zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie die pflegfachliche Stellungnahme an MEDICPROOF übermittelt. **Hierzu entbinde ich** ihn von seiner Schweigepflicht. MEDICPROOF wird das jeweilige Gutachten zur Pflegebedürftigkeit, das gesonderte Gutachten zu Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie die pflegfachliche Stellungnahme nach Qualitätsprüfung an meinen Versicherer übermitteln. **Ferner willige ich ein**, dass die Empfehlung zur Hilfsmittel- und Pflegehilfsmittelversorgung als Antrag zur Leistungsgewährung gilt.

## 4. Verzögerte Feststellung der Pflegebedürftigkeit

Mein Versicherer muss mich innerhalb einer gesetzlichen Frist (§ 18 Abs. 3 SGB XI) über die Feststellung von Pflegebedürftigkeit informieren. Wird diese Frist nicht eingehalten, habe ich unter den Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 a MB/PPV\* einen Anspruch auf Zusatzzahlung nach Nr. 12 des Tarifs PV.

**Ich willige ein**, dass MEDICPROOF zur Beurteilung der Leistungspflicht meinem Versicherer die Umstände für Verzögerungen im Begutachtungsverfahren übermittelt, auch soweit es sich um Gesundheitsdaten handelt.

## 5. Datenverarbeitung durch den Gutachter, MEDICPROOF und meinen Versicherer

**Ich willige ein**, dass mein Versicherer die zur Durchführung des Versicherungsvertrags erforderlichen Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit, der pflegfachlichen Stellungnahme, dem Pflegetraining und der Begutachtung von Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen erhoben wurden und werden, verarbeitet.

**Ferner willige ich ein** in die Verarbeitung der erforderlichen Daten zur Prüfung der Voraussetzungen für die Auszahlung von Pflegegeld, die im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit erhoben wurden und werden.

**Ferner willige ich ein**, dass der Gutachter und MEDICPROOF diese Daten in dem für eine Begutachtung zur Pflegebedürftigkeit, eine pflegfachliche Stellungnahme, eine gesonderte Begutachtung von Hilfsmitteln und wohnumfeldverbessernden Maßnahmen sowie für die Durchführung des Pflegetrainings erforderlichen Umfang verarbeiten.

## 6. Mitteilungen an das Pflegeheim

Bei vollstationärer Pflege **willige ich ein**, dass mein Versicherer dem Pflegeheim auf Anfrage meinen Pflegegrad übermittelt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen insoweit von ihrer Schweigepflicht. Nach dem Pflegegrad richtet sich die Höhe des Heimentgeltes. Mein Einverständnis gilt auch beim Wechsel von häuslicher in vollstationäre Pflege.

## 7. Mitteilungen an Leistungserbringer von Hilfsmitteln

**Ich willige ein**, dass mein Versicherer die zur Durchführung der Leistungsgewährung von Hilfsmitteln erforderlichen Daten, insbesondere die sich aus der Empfehlung zur Hilfsmittelversorgung ergebenden Gesundheitsdaten, die im Zusammenhang mit meiner Begutachtung erhoben wurden und werden, dem Leistungserbringer von Hilfsmitteln übermittelt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen von ihrer Schweigepflicht.

## 8. Mitteilungen an die zuständige Stelle im Krankenhaus

**Ich willige ein**, dass mein Versicherer den während meines Krankenhausaufenthalts durch MEDICPROOF nach Aktenlage zugeordneten Pflegegrad dem Sozialdienst bzw. einer vergleichbaren Stelle im Krankenhaus zur Durchführung des Krankenhaus-Entlassmanagements, z. B. zur Organisation der Überleitung in eine Einrichtung der Kurzzeitpflege, übermittelt **und entbinde** die für meinen Versicherer tätigen Personen auch insoweit von ihrer Schweigepflicht.

## Widerspruch gegen einen Gutachter

Wenn Sie begründete Einwände gegen einen bestimmten Gutachter, der von MEDICPROOF mit der Begutachtung zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit, zur Erstellung der pflegfachlichen Stellungnahme oder zur Feststellung der Notwendigkeit der Versorgung mit beantragten Hilfsmitteln sowie wohnumfeldverbessernden Maßnahmen beauftragt wurde, haben, können Sie verlangen, dass ein anderer Gutachter beauftragt wird. Lehnen Sie eine Begutachtung ganz ab, kann Ihr Antrag auf Pflegeleistungen regelmäßig nicht bearbeitet werden.

## Hinweise

Änderungen in den Verhältnissen, die für die Versicherungsleistungen erheblich sind, müssen dem Versicherer unverzüglich mitgeteilt werden. Dies sind beispielsweise eine Änderung des Hilfebedarfs oder der Pflegesituation, wie etwa Krankenhaus-/ Rehabilitationsbehandlung, ein Wechsel der Pflegeperson oder des Umfangs der Pflgetätigkeit oder eine Wohnsitzverlegung in das Ausland. **Werden diese Obliegenheiten nicht beachtet, kann der Versicherer hierdurch leistungsfrei werden.**

## Freiwilligkeit und Widerrufsmöglichkeit

**Es steht Ihnen frei, die Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen ganz oder teilweise nicht abzugeben oder jederzeit später durch eine entsprechende Erklärung gegenüber dem Versicherer mit Wirkung für die Zukunft zu widerrufen. Wird die Erklärung insgesamt nicht abgegeben oder werden einzelne Einwilligungen / Schweigepflichtentbindungen gestrichen oder widerrufen, kann dies allerdings zur Folge haben, dass die Leistungen aus der Pflegepflichtversicherung nicht oder nur eingeschränkt erbracht werden können.**

Die vorangestellten Erklärungen gelten für die von Ihnen gesetzlich vertretenen Personen (z. B. Ihre Kinder), soweit diese die Tragweite dieser Einwilligung nicht erkennen und daher keine eigenen Erklärungen abgeben können.

MB/PPV\* = Allgemeine Versicherungsbedingungen (AVB) für die private Pflegepflichtversicherung Teil I Musterbedingungen in der aktuell gültigen Fassung gemäß dem zuletzt ausgestellten Versicherungsschein bzw. Nachtrag zum Versicherungsschein.

**X**

Ort und Datum, Unterschrift der versicherten Person, des gesetzlichen Vertreters oder einer sonstigen mit einer Vollmacht versehenen Person (bitte Vollmacht beifügen)

**Bitte senden / faxen Sie alle 3 Seiten an uns zurück.**

## Private Pflegepflichtversicherung (PPV)

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Versicherte Person: \_\_\_\_\_ geb. \_\_\_\_\_

### Antrag auf einen höheren Pflegegrad

Ich beziehe Leistungen aus der Pflegeversicherung nach Pflegegrad \_\_\_\_\_ und beantrage jetzt die Einstufung in einen höheren Pflegegrad aufgrund eines dauerhaft höheren Pflegeaufwandes.

Mit der Beurteilung von Pflegebedürftigkeit beauftragt die Landeskrankenhilfe eine Gutachterin oder einen Gutachter der MEDICPROOF GmbH, dem medizinischen Dienst der privaten Krankenversicherungen. Die Gutachterin oder der Gutachter ist dabei auf Ihre Mithilfe angewiesen, denn beim Hausbesuch kann nur eine „Momentaufnahme“ erhoben werden. Mit dem Ausfüllen des vorliegenden Formulars liefern Sie wichtige Hinweise und schaffen so eine wertvolle Grundlage insbesondere zur Ermittlung des Grades der Selbstständigkeit des Pflegebedürftigen.

### Angaben zur pflegebedürftigen Person:

\_\_\_\_\_  
Vorname / Name Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Begutachtungsanschrift (Straße / PLZ / Ort / ggf. Etage)

### Angaben zur privaten Pflegeperson:

\_\_\_\_\_  
Name Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum Verhältnis zur pflegebedürftigen Person

### Angaben zur Kontaktperson mit dem der Medizinische Dienst die Terminvereinbarung vornehmen soll:

\_\_\_\_\_  
Vorname / Name

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer Verhältnis zur pflegebedürftigen Person

### Welche körperlichen, seelischen und geistigen Erkrankungen und Behinderungen standen im Vordergrund? Lagen demenzielle Symptome vor?

(Art und Beginn / besondere Ereignisse / Komplikationen /Verhaltensauffälligkeiten)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Fortbewegung:  selbstständig (ggf. mit Hilfsmittel)  mit personeller Hilfe  nicht möglich

Treppensteigen  selbstständig  mit personeller Hilfe  nicht möglich

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

- Bettlägerigkeit       nein                                       häufig                                       ständig
- Harninkontinenz       nein                                       ja, Versorgung mit: \_\_\_\_\_
- Stuhlinkontinenz       nein                                       ja, Versorgung mit: \_\_\_\_\_

**Welche Hilfsmittel werden genutzt und welche werden Ihrer Einschätzung nach noch benötigt?**

- Pflegebett                       Weichlagerungsmatratze                       Aufrichthilfe
- Rollstuhl                       Rollator                                       Gehstock
- Toilettenhilfe                       Badehilfe                                       Duschhilfe
- Sonstiges                      \_\_\_\_\_

**Wie schätzen Sie die Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit oder der Fähigkeiten ein?**

Pflegebedürftigkeit im Sinne des Gesetzes (SGB XI) orientiert sich daran, wie stark die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten eines Menschen bei der Bewältigung des Alltags beeinträchtigt sind und er deshalb der Hilfe durch andere bedarf. Bitte geben Sie an, wie Sie die Selbstständigkeit oder die Fähigkeiten einschätzen.

	selbstständig	teilweise selbstständig, pers. Unterstützung wird benötigt	unselbstständig
Pflege des Oberkörpers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen des Intimbereichs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen und Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Fähigkeit uneingeschränkt	Fähigkeit eingeschränkt	Fähigkeit nicht vorhanden
Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnis/Erinnerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Begreifen/Denken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilnahme an Gesprächen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

	nie	nicht täglich	täglich
Verhaltensauffälligkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebslosigkeit/ Traurigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausgeprägte Ängste	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	selbstständig	teilweise selbstständig, benötigt pers. Unterstützung	unselbstständig
Tagesgestaltung/ Sozialkontakte/ Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besteht ein Unterstützungsbedarf bei der Haushaltsführung?  
(z.B. Einkaufen, Kochen, Spülen, Wohnungsreinigung, Wäsche)

ja  nein

Erfolgen auch während der Nacht Hilfeleistungen?

ja  nein

**Nach bestem Wissen und Gewissen erstellt von:**

X

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum, Unterschrift