

Antragsteller/in

Geburtsdatum

Adresse

**Ergänzender Fragebogen  
für die Gewährung von Hilfe zur Pflege (§§ 61ff. SGB XII)**

Raum für amtl.  
Vermerke

1. Warum erfordert der Zustand des/der Hilfesuchenden häusliche Pflege / vollstationäre Pflege?

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

2. Name u. Anschrift des Hausarztes/der Hausärztin

\_\_\_\_\_

3. Ist die Pflege dauernd?

nein  ja

Ist die Pflege vorübergehend?

nein  ja, voraussichtlich bis

\_\_\_\_\_

Pflegestufe

0                      I                      II                      III

Ursache der Pflege

a) altersbedingt

nein  ja

b) Krankheit

nein  ja, Art der Krankheit

\_\_\_\_\_

c) Behinderung

nein  ja, Art der Behinderung

\_\_\_\_\_

d) Unfall

nein  ja, Unfallfolgen

\_\_\_\_\_

e) mangelnde Sehkraft

nein  ja             blind             hochgradig sehschwach

f) sonstiger Pflegegrund

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

4. Werden wegen der Pflegebedürftigkeit bereits Leistungen gewährt oder sind solche beantragt?

ja  nein

Leistungsträger

\_\_\_\_\_

Geschäftszeichen

\_\_\_\_\_

Pflegegeld, Pflegesachleistung

Rehabilitation

mit mtl. EUR

\_\_\_\_\_

gewährt seit

\_\_\_\_\_

erst beantragt am

\_\_\_\_\_

5. Reicht häusliche Pflege aus?

ja  nein; **wenn nein Begründung**

\_\_\_\_\_

Wird Anstaltspflege beantragt?

ja  nein; **wenn ja Begründung**

\_\_\_\_\_

Wurden bereits ambulante Pflegedienste in Anspruch genommen?

ja  nein

Welcher Pflegedienst?

\_\_\_\_\_

6. (Falls häusliche Pflege ausreicht)  
Durch wen soll sie ausgeübt werden bzw. wird sie ausgeübt?

Die Pflege soll ausgeübt werden durch

a) durch Haushaltsangehörige/nahestehende Personen  
(Angaben über Verwandtschaftsverhältnisse oder dgl.)

Name

Verw. - verh.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Anschrift

\_\_\_\_\_

b) in Nachbarschaftshilfe durch

Name

\_\_\_\_\_

Anschrift

\_\_\_\_\_

		Raum für amtl. Vermerke
c) durch fremde Pflegekraft; ggf.	Name	
	Anschrift	
	Beruf	
d) durch anerkannter Pflegedienst	Name	
	Anschrift	
7. (falls Anstaltspflege beantragt wird) Welche besonderen Unterbringungswünsche hat der/die Hilfesuchende? (in der Regel soll ein Altenheim vor Ort gewählt werden)		
8. Sollen dem/der Pflegebedürftigen Hilfsmittel zur Verfügung gestellt werden, die zur Erleichterung seiner/ihrer Beschwerden wirksam beitragen? Gegebenenfalls welche? (Hausärztl. Zeugnis belegen!)		

9. Besondere Begründung des Antrags und sonstige Angaben  
(Insbesondere ist anzugeben, ob der/die Pflegebedürftige so hilflos ist, dass er/sie für die gewöhnlichen Verrichtungen des täglichen Lebens in erheblichem Umfang der Pflege voraussichtlich für mindestens sechs Monate bedarf; ob die Pflege bereits durch nahestehende Personen/Familienangehörige, Verwandte, Nachbarn ausgeübt wird und welche Kosten ggf. hierdurch entstehen.)

PLZ, Ort, Datum

Unterschrift des/der Antragstellers/Antragstellerin

**Kreisverwaltung Mayen-Koblenz**  
**- Sozialamt -**  
**Postfach 20 09 51**  
  
**56009 Koblenz**

Dem Antrag sind beigelegt: