

**Ergänzende Angaben zum Antrag auf Gewährung  
von  
häuslicher Hilfe zur Pflege nach §§ 61 ff. SGB XII bzw.  
Weiterführung des Haushaltes gem. § 70 SGB XII**

für \_\_\_\_\_, geb. am \_\_\_\_\_

Az: \_\_\_\_\_

**1. Welche Erkrankung oder Behinderung liegt vor?**

(Bitte hausärztliches **Attest**, evtl. auch Bescheid des Landesamtes für soziale Dienste beifügen!)

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

**2. Ist die Krankheit oder Behinderung Folge einer Kriegsbeschädigung, eines Unfalles oder eines ärztlichen Behandlungsfehlers?**

Kriegsbeschädigung       Unfall       ärztlicher Behandlungsfehler

\_\_\_\_\_  
Name und Anschrift des Verursachers

Bestehen aufgrund des Unfalles / ärztlichen Behandlungsfehlers Schadensersatzansprüche gegen den Verursacher bzw. dessen Versicherung?       ja       nein

Werden aufgrund des Unfalles / ärztlichen Behandlungsfehlers noch Verhandlungen oder Prozesse mit dem bzw. gegen den Verursacher geführt?       ja       nein

**3. Erklärung zum Leistungsbezug wegen Pflegebedürftigkeit**

Ich habe Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit beantragt am \_\_\_\_\_.

Ich erhalte Leistungen aus der Pflegeversicherung laut Bescheid vom \_\_\_\_\_.

Pflegegrad 1

Pflegegrad 2

Pflegegrad 3

Pflegegrad 4

Pflegegrad 5 / Härtefall

Ich erhalte anderweitige Leistungen (z. B. Beihilfe) wegen Pflegebedürftigkeit.

Ich erhalte **keine** Leistungen wegen Pflegebedürftigkeit.

Antrag wurde bisher nicht gestellt, weil \_\_\_\_\_.

Antrag wurde abgelehnt am \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Name u. Anschrift der **Pflegekasse** / Beihilfestelle / andere Stelle (z.B. Berufsunfallversicherung)  
(bitte **immer** angeben, auch wenn **keine** Leistungen bezogen werden)

**zutreffendes bitte ankreuzen und entsprechende Kopien beifügen**

#### 4. Für welche hauswirtschaftlichen Verrichtungen benötigen Sie Hilfe?

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - Einkaufen   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Zubereitung einer <b>warmen</b> Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen (nicht Essen auf Rädern) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Zubereitung einer <b>sonstigen</b> Mahlzeit in der Häuslichkeit des Pflegebedürftigen                       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Spülen des Geschirrs  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Reinigen der Wohnung  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Beheizen der Wohnung  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - Wechseln und Waschen der Wäsche und Kleidung  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiger hauswirtschaftlicher Hilfebedarf? Falls ja, bitte angeben (z.B. Treppenreinigung):

---

---

Wer übt vorstehende Verrichtungen aus? (Name, Anschrift, ggf. Verwandtschaftsverhältnis)

---

---

Dauer der Verrichtungen \_\_\_\_\_ Stunden/täglich bzw. \_\_\_\_\_ Stunden/wöchentlich

Falls die Verrichtungen **nicht** von Mitgliedern der Haushaltsgemeinschaft ausgeübt werden, warum nicht?

---

**Vom örtlichen Sozialamt erhalte ich hierfür bereits folgende Leistungen / Zuschüsse:**

Haushaltshilfe     Essen auf Rädern     \_\_\_\_\_

#### 5. Für welche personenbezogenen Pflegetätigkeiten benötigen Sie Hilfe?

##### Körperpflege:

wie oft **täglich**?

- |                              |                                   |                               |
|------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| -Waschen                     | <input type="checkbox"/> ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| -Duschen                     | <input type="checkbox"/> ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| -Baden                       | <input type="checkbox"/> ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| -Zahnpflege                  | <input type="checkbox"/> ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| -Kämmen                      | <input type="checkbox"/> ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| -Rasieren                    | <input type="checkbox"/> ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| -Darm- oder Blasenentleerung | <input type="checkbox"/> ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |

##### Ernährung:

wie oft **täglich**?

- |                                       |                                   |                               |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| -Mundgerechtes Zubereiten der Nahrung | <input type="checkbox"/> ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| -Aufnahme der Nahrung                 | <input type="checkbox"/> ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |

**zutreffendes bitte ankreuzen**

**Mobilität:**

wie oft **täglich**?

- |  |                                   |                               |
|--|-----------------------------------|-------------------------------|
| -Aufstehen und Zubettgehen                 | <input type="checkbox"/> ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| -An- und Auskleiden                        | <input type="checkbox"/> ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| -Gehen                                     | <input type="checkbox"/> ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| -Stehen                                    | <input type="checkbox"/> ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| -Treppensteigen                            | <input type="checkbox"/> ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |
| -Verlassen und Wiederaufsuchen der Wohnung | <input type="checkbox"/> ja _____ | <input type="checkbox"/> nein |

Sonstiger personenbezogener Hilfebedarf? Falls ja, bitte angeben  
(z.B. häufige Arztbesuche mit Begleitung, dauernde Aufsicht, Nachtwache):

---

---

Wer übt vorstehende Verrichtungen aus? (Name, Anschrift, ggf. Verwandtschaftsverhältnis)

---

---

Dauer der Verrichtungen \_\_\_\_\_ Stunden/täglich      bzw. \_\_\_\_\_ Stunden/wöchentlich

**6. Welche Kosten entstehen Ihnen für Pflege, Haushaltshilfe und sonstige Betreuung?**

(Kostenvoranschlag des Pflegedienstes, Stundenlohn der Pflegeperson) Nachweise bitte beifügen!

---

**7. Welche Aufwendungen haben Sie Ihrer Pflegeperson/Haushaltshilfe zu erstatten?**

(z. B. Fahrtkosten) Nachweise bitte beifügen!

---

**8. Bemerkungen:**

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift