



# Pflegebedarfserhebungsbogen

## Bezirksverwaltungsbehörde

---



---



---

Eingangsstempel

Bitte vollständig ausfüllen und Zutreffendes auswählen ( = eine Auswahlmöglichkeit,  = mehrere Auswahlmöglichkeiten)

Unterlagen bitte nur in Kopie vorlegen – Originale können nicht retourniert werden!

## 1. Angaben zur betreuenden Person

### 1.1 Persönliche Daten

Vorname \_\_\_\_\_

Familienname / Nachname \_\_\_\_\_

Titel \_\_\_\_\_ Nachgestellte Titel \_\_\_\_\_

Geschlecht \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (Format TT.MM.JJJJ) \_\_\_\_\_

Geburtsort / Geburtsland \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

### 1.2 Familienstand

ledig       verheiratet       verwitwet       Sonstiges

### 1.3 Kontaktdaten

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

### 1.4 Hauptwohnsitz

Straße \_\_\_\_\_ Nummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

### 1.5 Versicherung

Österreichische Sozialversicherungsnummer (Format 1234TTMMJJ) | \_\_\_\_\_

Sozialversicherungs-Träger \_\_\_\_\_

### 1.6 Staatsangehörigkeit

Staatsbürgerschaft \_\_\_\_\_

Aufenthalt gültig bis \_\_\_\_\_

### 1.7 Hausärztin / Hausarzt

Name \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ Nummer \_\_\_\_\_

PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

**1.8 Angehörige Person / Sonstige Ansprechperson**

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Nummer \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_  
Verhältnis zur zu betreuenden Person \_\_\_\_\_

**1.9 Erwachsenenvertretung**  Nein  Nein, angeregt am \_\_\_\_\_  Ja - folgende:

Name \_\_\_\_\_  
Straße \_\_\_\_\_ Nummer \_\_\_\_\_  
PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_

**1.10 Patientenverfügung**  Ja  Nein

**1.11 Vorsorgevollmacht**  Ja  Nein

**1.12 Pflegegeld** Aktuelle Pflegegeld-Stufe  0  1  2  3  4  5  6  7  
Einstufung seit \_\_\_\_\_  
Erhöhung beantragt  Ja  Nein  
Erwartete Pflegegeld-Stufe  0  1  2  3  4  5  6  7  
Klage  Ja  Nein

**1.13 Derzeitiger Aufenthaltsort**

zu Hause  Krankenhaus  alternative Wohnform  
 Kurzzeitpflege  Rehabilitation  Sonstiges:  
Einrichtung / Ort \_\_\_\_\_

Anmerkungen

**1.14 Aufnahme**  erwünscht in folgender Einrichtung *(Mehrfachnennungen möglich)*

keine bevorzugte Einrichtung

## 2. Beurteilung durch Koordinator:in oder Sozialarbeiter:in

- 2.1 Versorgung zu Hause**
- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> selbstständig     | <input type="checkbox"/> Angehörige im eigenen Haushalt             |  |
| <input type="checkbox"/> Rufhilfe          | <input type="checkbox"/> Angehörige außerhalb des eigenen Haushalts |  |
| <input type="checkbox"/> Tagesbetreuung    | <input type="checkbox"/> 24-Stunden-Betreuung                       |  |
| <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern  | <input type="checkbox"/> barrierefrei                               |  |
| <input type="checkbox"/> Mobile Dienste:   |   |  |
| <input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege | <input type="checkbox"/> Mobile Betreuung und Hilfe                 | <input type="checkbox"/> Palliativ-/Hospizteam |
| <input type="checkbox"/> Heimhilfe         | <input type="checkbox"/> Sonstiges (bitte angeben): _____           |  |

Anmerkungen

### 2.2 Haushalt

Unterstützung bei der Haushaltsführung notwendig (z.B. Wohnraumerhaltung, Heizung, Einkaufen,...)

- ja       nein       vollständige Übernahme

Anmerkungen

### 2.3 Beeinträchtigungen

- keine erheblichen Beeinträchtigungen       folgende erhebliche Beeinträchtigungen:

Sinnesbeeinträchtigung: \_\_\_\_\_

psychische Beeinträchtigung: \_\_\_\_\_

sonstige Beeinträchtigung: \_\_\_\_\_

Anmerkungen

### 2.4 Mobilität

- selbstständig       mobil mit Hilfe von 2 (Pflege-)Personen
- mobil im eigenen Zimmer       vollständige Hilfe und Übernahme notwendig
- Sturzgefahr - Stürze wie oft? \_\_\_\_\_
- mobil mit Hilfe Dritter und/oder Rollstuhl

Anmerkungen

### 2.5 Körperpflege und Kleiden

- selbstständig       Anleitung / Übernahme in Teilbereichen

Anmerkungen

### 2.6 Essen und Trinken

- selbstständig       mit Hilfe
- vollständige Übernahme
- Sonstige Ernährungsform \_\_\_\_\_

Anmerkungen

**2.7 Betreuung in der Nacht**  nie  regelmäßig (ab 1× pro Nacht)

Können die derzeitigen Betreuer:innen die betroffene Person nachts im erforderlichen Ausmaß betreuen?

ja  nein

Durchschnittliche Anzahl an Pflegetätigkeiten / Hilfestellungen pro Nacht \_\_\_\_\_

**Anmerkungen**

**2.8 Ausscheidung**

selbstständig

Harninkontinenz

Stuhlinkontinenz

Dauerkatheter

Stoma

**Anmerkungen**

**2.9 Hautzustand**

normale Haut

trockene Haut

**Anmerkungen**

**2.10 Spezielle Pflege (Atmung, Schmerz, Sauerstoff, Suchtgift, etc.)**

selbstständig

mit Unterstützung

nicht notwendig

**Anmerkungen**

**2.11 Orientierung und Bewusstseinslage**

voll orientiert

in Teilbereichen Betreuung erforderlich

in allen Lebensbereichen Betreuung erforderlich

**Anmerkungen**

**2.12 Medikamentenverabreichung**

selbstständig

Überwachung erforderlich

Vorbereitung erforderlich

**Anmerkungen**

**2.13 Versorgung durch das soziale Umfeld (Angehörige, Bezugspersonen, etc.)**

vorhanden

nicht vorhanden

**Anmerkungen**

**2.14 Kommunikation und soziales Verhalten**

Selbstständige Alltagsgestaltung

ja

nein

**Anmerkungen**

### 3. Ausschlaggebende abschließende fachliche Beurteilung

#### 3.1 Maßnahmen ohne Heimaufnahme

- sind möglich, daher Empfehlung von
- Mobilien Diensten       Kurzzeitpflege
- Tagesbetreuung       Alternative Wohnformen
- wurden geprüft, sind jedoch nicht (mehr) möglich.

Anmerkungen

#### 3.2 Notwendigkeit einer Heimaufnahme

- gegeben
- sehr dringend       dringend       weniger dringend       nicht dringend
- derzeit nicht gegeben, aber unter Berücksichtigung der absehbaren Entwicklung innerhalb von \_\_\_\_\_ Monaten zu erwarten.

#### 3.3 Sonstige Empfehlungen zur Unterstützung der Hauptbetreuungsperson

#### 3.4 Begründung

#### 3.5 Begutachtende Person

Name \_\_\_\_\_

Qualifikation, Organisation \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift begutachtende Person

## Krankenhaus – Aktueller Pflegebedarf

vom Krankenhaus auszufüllen

1.1 Zu betreuende Person Vorname \_\_\_\_\_

Familiename / Nachname \_\_\_\_\_

Österreichische Sozialversicherungsnummer (Format 1234TTMMJJ) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

## 1.2 Mobilität

 selbstständig  mobil mit Hilfe von 2 (Pflege-)Personen mobil im eigenen Zimmer  vollständige Hilfe und Übernahme notwendig Sturzgefahr - Stürze wie oft? \_\_\_\_\_ mobil mit Hilfe Dritter und/oder Rollstuhl

## Anmerkungen

1.3 Körperpflege und Kleiden  selbstständig Anleitung / Übernahme in Teilbereichen

## Anmerkungen

## 1.4 Essen und Trinken

 selbstständig  mit Hilfe vollständige Übernahme

Sonstige Ernährungsform \_\_\_\_\_

## Anmerkungen

## 1.5 Medikamentenverabreichung

 selbstständig Überwachung erforderlich Vorbereitung erforderlich

## Anmerkungen

## 1.6 Betreuung in der Nacht

 nie regelmäßig (ab 1× pro Nacht)

Können die derzeitigen Betreuer:innen die betroffene Person nachts im erforderlichen Ausmaß betreuen?

 ja nein

Durchschnittliche Anzahl an Pflegetätigkeiten / Hilfestellungen pro Nacht \_\_\_\_\_

## Anmerkungen

## 1.7 Ausscheidung

 selbstständig Harninkontinenz Stuhlinkontinenz Dauerkatheter Stoma

## Anmerkungen

**1.8 Beeinträchtigungen**

- keine erheblichen Beeinträchtigungen       folgende erhebliche Beeinträchtigungen:  
 Sinnesbeeinträchtigung: \_\_\_\_\_  
 psychische Beeinträchtigung: \_\_\_\_\_  
 sonstige Beeinträchtigung: \_\_\_\_\_

Anmerkungen

**1.9 Orientierung und Bewusstseinslage**

- voll orientiert  
 in Teilbereichen Betreuung erforderlich       in allen Lebensbereichen Betreuung erforderlich

Anmerkungen

**1.10 Spezielle Pflege (Atmung, Schmerz, Sauerstoff, Suchtgift, etc.)**

- selbstständig       Überwachung erforderlich       Vorbereitung erforderlich

Anmerkungen

**1.11 Besonderheiten / Sonstiges**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegekraft

# Ärztlicher Fragebogen

von der Ärztin / vom Arzt auszufüllen

**1.1 Zu betreuende Person** Vorname \_\_\_\_\_

Familienname / Nachname \_\_\_\_\_

Österreichische Sozialversicherungsnummer (Format 1234TTMMJJ) | \_\_\_\_\_

**1.2 Diagnosen**

**1.3 Vorerkrankungen bzw. Operationen**

**1.4 Aktuelle Beschwerden**

**1.5 Infektionskrankheiten (z.B.: Hepatitis, HIV usw.)**

Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_

**1.6 Psychische Erkrankungen / Störungen**

Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_

**1.7 Kognitiver Status (ev. aktuelle geistige Fähigkeiten)**

keine Einschränkungen  
 folgende Einschränkungen \_\_\_\_\_

**1.8 Demenz**

keine Demenz  leichte Demenz  mittelschwere Demenz  schwere Demenz

Mini-Mental-Status-Test (MMS) wurde durchgeführt, Anzahl der Punkte: \_\_\_\_\_

**1.9 Suchtkrankheit**

Nein  Ja, folgende \_\_\_\_\_

**1.10 REHA**

nicht geplant

geplant - Zeitpunkt \_\_\_\_\_

Einrichtung \_\_\_\_\_

**1.11 Entlassung**

voraussichtlicher Entlassungstermin \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel  
der/des behandelnden Ärztin / Arztes



# Allgemeine Informationen

## gemäß Art 13 f und Art 21 Datenschutz-Grundverordnung

Das Amt der Oö. Landesregierung sowie die oö. Bezirkshauptmannschaften sind Verantwortliche im Sinne der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO).<sup>1</sup>

Datenschutzbeauftragter bei den oben genannten Verantwortlichen ist die

KPMG Security Services GmbH  
Adresse: Kudlichstraße 41, 4020 Linz  
E-Mail: [DSBA-LandOOE@kpmg.at](mailto:DSBA-LandOOE@kpmg.at)  
Telefon: 0(43) 732 6938 2610

Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten in der oö. Landesverwaltung erfolgt in der Regel auf gesetzlicher Grundlage (Hoheitsverwaltung) bzw. mit Einwilligung der betroffenen Personen oder auf vertraglicher Grundlage (Privatwirtschaftsverwaltung<sup>2</sup>).

Die Aufbewahrungsdauer der einzelnen Datenverarbeitungen ergibt sich zum einen aus speziellen gesetzlichen Bestimmungen bzw. aus den jeweiligen Skartierungsvorschriften. Die oö. Landesverwaltung hat gemäß § 3 Oö. Archivgesetz alle Unterlagen, die sie nicht mehr ständig benötigen, nach Ablauf einer durch die Organisationsvorschriften (Skartierungsvorschriften) festgelegten Frist oder spätestens nach 30 Jahren dem Oö. Landesarchiv zur Übernahme (Prüfung der Archivwürdigkeit) anzubieten (Maximalfristen).

Nach den Art 15 ff DSGVO besteht grundsätzlich ein Recht auf Auskunft, Berichtigung, Löschung, Einschränkung der Verarbeitung, Widerspruch sowie in bestimmten Fällen auf Datenübertragbarkeit.

Für allfällige datenschutzrechtliche Beschwerden ist die Österreichische Datenschutzbehörde ([www.dsb.gv.at](http://www.dsb.gv.at)) zuständig.

### Widerspruchsrecht gemäß Art. 21 Datenschutz-Grundverordnung

Die von der Datenverarbeitung betroffenen Person hat das Recht, aus Gründen, die sich aus ihrer besonderen Situation ergeben, jederzeit gegen die Verarbeitung sie betreffender personenbezogener Daten, die aufgrund von Art. 6 Abs. 1 lit. e oder f DSGVO erfolgt, Widerspruch einzulegen; dies gilt auch für ein auf diese Bestimmungen gestütztes Profiling (Art. 21 Abs. 2 DSGVO). Gemäß Art. 21 Abs. 2 DSGVO besteht ein Widerspruchsrecht bei Direktwerbung.

Bitte beachten Sie, dass ein Widerspruch nicht zielführend ist, wenn die Datenverarbeitung aus zwingenden schutzwürdigen Gründen erforderlich ist.

<sup>1</sup> Verordnung (EU) 2016/679 des Europäischen Parlaments und des Rates vom 27. April 2016 zum Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten, zum freien Datenverkehr und zur Aufhebung der Richtlinie 95/46/EG (Datenschutz-Grundverordnung)

<sup>2</sup> Ein Beispiel dafür stellt die Vergabe von Förderungen dar.