Ärztliches Zeugnis

zum Antrag für die Entschädigung von Entlastungsleistungen bei der Pflege und Betreuung zu Hause

Pflege-/betreuungsbedi	irftige Person:				
Name					
Vorname					
Geburtsdatum					
Strasse					
PLZ/Wohnort					
Benötigte Hilfeleistunge → (zutreffendes bitte mit e		nen)			
abgedeckt durch Angehö	irige:		durch Spitex/	Pflegefachpersor	1
 An- und Auskleiden Sich setzen, Aufstehen, Nahrungsaufnahme tägliche Körperpflege Benutzen der Toilette Fortbewegung im Haus Aktivitäten zum Erhalt Pflege sozialer Kontakt 	der Mobilität				
Beanspruchung Angehör	<u>ige</u> pro Tag:	Si	td.		
Ist aus medizinischen Gr	ünden eine stän	dige Überwac	hung notwendig? (z.	B. bei Demenz)	
24-h-Präsenz? Täglicher Kontakt?				Ja Ja	Neir Neir
Müsste die zu pflegende in eine stationäre Einrich			se Hilfeleistungen	Ja	Neir
Ort	Da	tum		er Arzt/die Ärztin: empel und Unte	