

Stellungnahme Bedarf Intensivbetreuung



Allgemeine Information

Stellungnahme zum Bedarf Intensivbetreuung gemäß Richtlinie zur Durchführung und Förderung der sozialmedizinischen und sozialen Betreuungsdienste in NÖ – BEILAGE G

Empfangsstelle

Amt der NÖ Landesregierung
Abteilung Soziales und Generationenförderung
Landhausplatz 1, Haus 14
3109 St. Pölten
E-Mail: post.gs5@noel.gv.at

Angaben zur Organisation

Rechtsträger _____

Sozialstation _____

Name der begutachtenden DGKP* _____

Art des Antrages

- Erstantrag ab _____
- Verlängerungsantrag – letzter Bewilligungsmonat: _____
- Erhöhungsantrag ab _____ bewilligte Einsatzstunden: _____

Angaben zur betreuten Person

Anrede * Frau Herr

Vorname * _____

Familienname * _____

Versicherungsnummer (10-stellig) * _____

Pflegegeldstufe _____ um Erhöhung angesucht: ja, Datum: _____ nein

Im Haushalt lebt pflegebedürftige Person allein
 mit Ehepartner/-in, Lebensgefährte/-in
 sonstige Personen: _____

Gibt es weitere Angehörige? ja _____
 nein

Welche Tätigkeiten werden durch An- und Zugehörige übernommen:

(Bitte Namen, Verwandtschaftsgrad (bzw. Beziehung zur betreuten Person) und Betreuungsleistungen angeben.)

Heimaufnahmeantrag gestellt: ja nein

Feststellung Pflege- und Betreuungsbedarf

Diagnosen

Derzeitiger Pflege- und Betreuungsbedarf:

	Mo	Di	Mi	Do	Fr	Sa	So
DGKP							
PFA							
PA/FSBA							
HH							

	Früh	Vormittag	Mittag	Nachmittag	Abend	Std./Tag	Std./Monat
DGKP							
PFA							
PA/FSBA							
HH							
Voraussichtlicher Pflege- und Betreuungsbedarf							

Begründung für Intensivbetreuung:

Pflege- und Betreuungsbedarf	Früh	Vormittag	Mittag	Nachmittag	Abend
Ganzkörperwäsche					
Teilwäsche					
Intimtoilette					
Mundpflege					
Hautpflege					
Intimpflege bei liegendem Katheter					
Wechsel der Inkontinenzversorgung					
Mobilisation auf den Leibstuhl, z.B. WC					
Dekubitusprophylaxe					
Thromboseprophylaxe					
Intertrigoprophyllaxe					
Kontrakturenprophylaxe					
Pneumonieprophylaxe					
Medikamente verabreichen					
Hilfestellung bei Medikamenteneinnahme					
Unterstützung beim Umkleiden					

Pflege- und Betreuungsbedarf	Früh	Vormittag	Mittag	Nachmittag	Abend
Umkleiden					
Bett machen					
Einkaufen					
Ordnung in unmittelb. Umgebung machen					
Essen / Jause / Getränk vorbereiten					
Unterstützung beim Essen / Trinken					
Essen verabreichen					

Nahrungsaufnahme:

- normale/ungestörte Nahrungsaufnahme
- Sondennahrung bei liegender Sonde
- erschwert/verlangsamt durch: _____

Pflege- und Betreuungsbedarf	Früh	Vormittag	Mittag	Nachmittag	Abend
Einfache Lagerung					
Therapeutische Lagerung					
Einfache Mobilisation					
Therapeutische mobilisation					
Unterstützung beim Transfer					
Transfer bei Immobilität					

Sonstiges: _____

Medizinische Tätigkeiten mit Angabe der Art und Häufigkeit:

(Injektionen, Medikamente einordnen, Blutzuckerkontrolle, Blutdruckkontrolle, Stomapflege, Wundpflege, Verbandwechsel)

Tätigkeiten, welche nicht täglich durchgeführt werden (Vollbad, Haarwäsche etc.)

Unterschrift

Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Angaben im Antrag vollständig und wahr sind.

Datum, Unterschrift der begutachtenden DGKP

Datum, Unterschrift der Pflegedienstleitung
