

# DAS PFLEGE- TAGEBUCH.

Der Weg zum Pflegegeld und  
zur richtigen Einstufung.

“

**Wir wollen mehr Unterstützung  
für pflegende Angehörige.  
Deswegen fordern wir die Schaffung  
von Pflegeservicestellen – eine Anlaufstelle  
für alle Anträge und Informationen rund  
um die Pflegesituation.**

**Renate Anderl**  
AK Präsidentin

# **DAS PFLEGE- TAGEBUCH.**

**Der Weg zum Pflegegeld und  
zur richtigen Einstufung.**

## EINLEITUNG

Für die Pflege zu Hause stellt das Pflegegeld eine wichtige finanzielle Unterstützung dar. Mit diesem Pflegetagebuch können Sie oder pflegende Angehörige Ihren Pflegebedarf dokumentieren. Dadurch wird die Notwendigkeit der regelmäßigen Unterstützung nachvollziehbar. Es ist empfehlenswert, das Pflegetagebuch mindestens über **eine Woche** zu führen.

**Das Pflegegeld ist eine monatliche finanzielle Beihilfe für den Pflege- und Betreuungsaufwand ohne den Anspruch, die gesamten Kosten zu decken.**

## ANTRAGSTELLUNG

Der Antrag erfolgt mittels Formular (Muster im Anhang).

**Das Formular erhalten Sie bei Ihrem Versicherungsträger:**

- Pensionsversicherungsanstalt (PVA)
- Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen (SVS)
- Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau (BVAEB)

Sie können das Formular auch Online auf der Homepage des jeweiligen Versicherungsträgers oder unter [www.oesterreich.gv.at/themen/pflege/4.html](http://www.oesterreich.gv.at/themen/pflege/4.html) abrufen.

Der Antrag ist bei Ihrer pensionsauszahlenden Stelle einzubringen.

## DAUER

Ab Antragstellung kann es etwa 4 bis 6 Wochen bis zur Untersuchung durch den Arzt/ die Ärztin oder durch das diplomierte Pflegepersonal dauern.

Während der Untersuchung kann eine Vertrauensperson (z.B. Angehörige, Pflegeperson) anwesend sein, selbst dann, wenn der/die Begutachtende dies nicht möchte.

Der Versicherungsträger hat 6 Monate Zeit, um über Ihren Antrag zu entscheiden. Das Pflegegeld wird ab dem nächstfolgenden Monatsersten der Antragstellung zugesprochen.

## KLAGEMÖGLICHKEIT

Ist der/die Antragsteller:in mit dem Inhalt des zugestellten Bescheides nicht einverstanden, weil entweder die Pflegestufe als zu niedrig erscheint oder aber überhaupt kein Pflegegeld zugesprochen wurde, kann eine Klage beim Arbeits- und Sozialgericht Wien eingebracht werden. Die Klage ist formlos und innerhalb von 3 Monaten ab Zustellung des Bescheides einzubringen.

Die Klage kann entweder

- an die pensionsauszahlende Stelle oder
- direkt an das Gericht gesandt werden.

Wird die Klage bei der pensionsauszahlenden Stelle eingebracht, wird diese an das Arbeits- und Sozialgericht Wien weitergeleitet.

Die Arbeiterkammer Wien bietet Ihnen Mitgliedern und ehemaligen Mitgliedern eine kostenfreie Prüfung der Chancen einer Klage an. Falls unsere Einschätzung positiv ausfällt, stellen wir Ihnen einen Gutschein für eine Mitgliedschaft beim KOBV aus, den größten Behindertenverband Österreichs. Der KOBV führt dann kostenlos das Verfahren für Sie vor dem Sozialgericht.

**Telefonische Beratung:**

+43 1 50165-1204, Montag bis Freitag, 8.00 bis 15.45 Uhr

**Höhe des Pflegegeldes (2024)**

Stufe 1	> 65 Stunden/Monat	€ 206,20
Stufe 2	> 95 Stunden/Monat	€ 380,30
Stufe 3	> 120 Stunden/Monat	€ 592,60
Stufe 4	> 160 Stunden/Monat	€ 888,50
Stufe 5	> 180 Stunden/Monat plus*	€ 1.206,90
Stufe 6	> 180 Stunden/Monat plus*	€ 1.685,40
Stufe 7	> 180 Stunden/Monat plus*	€ 2.214,80

\* Pflegebedarf von durchschnittlich mehr als 180 Stunden im Monat und das Erfordernis einer besonders qualifizierten Pflege wie z.B. außergewöhnlicher Pflegeaufwand, zeitlich unkoordinierbare Betreuungsmaßnahmen oder der Unmöglichkeit zielgerichteter Bewegungen mit funktioneller Umsetzung.

**VORBEREITUNG AUF DIE BEGUTACHTUNG:**

- Pflegetagebuch
- Pflegedokumentation bei bestehender Betreuung durch die Hauskrankenpflege
- Aktueller Arztbrief
- Medikamentenverordnung vom behandelnden Arzt /behandelnder Ärztin oder Krankenhaus (nicht selbst geschrieben)

## **ADRESSEN**

### **Pensionsversicherungsanstalt**

Landesstelle Wien  
Friedrich-Hillegoist-Straße 1  
1021 Wien  
Tel.: 05 03 03  
[www.pensionsversicherungsanstalt.at](http://www.pensionsversicherungsanstalt.at)

### **Sozialversicherungsanstalt**

#### **der Selbständigen**

Wiedner Hauptstraße 84-86  
1051 Wien  
Tel.: 050 808 808  
[www.svs.at](http://www.svs.at)

### **Versicherungsanstalt öffentlicher Bediensteter,**

#### **Eisenbahnen und Bergbau**

Josefstädter Straße 80  
1080 Wien  
Tel.: 050405 - 23700  
[www.bvaeb.at](http://www.bvaeb.at)

### **Arbeits- und Sozialgericht Wien**

Althanstraße 39-45  
1091 Wien  
Tel.: +43 (1) 40127  
[www.justiz.gv.at/asg-wien/arbeits--und-sozialgericht-wien~274.de.html](http://www.justiz.gv.at/asg-wien/arbeits--und-sozialgericht-wien~274.de.html)

### **Bundesministerium für Soziales, Gesundheit,**

#### **Pflege und Konsumentenschutz**

Stubenring 1  
1010 Wien  
Tel.: +43 (1) 711 00 – 0  
[www.sozialministerium.at](http://www.sozialministerium.at)

## **ANHANG 1: ANTRAG PFLEGEGELD**

# PENSIONSVERSICHERUNGSANSTALT

Hauptstelle: Friedrich-Hillegeist-Straße 1, Postfach 1000, 1021 Wien / Österreich

## Antrag auf

Eingangsstempel

- ZUERKENNUNG PFLEGEGELD
- ERHÖHUNG PFLEGEGELD
- WEITERGEWÄHRUNG nach befristetem Pflegegeldbezug

nach dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG)

Bitte unbedingt ausfüllen <sup>1)</sup>	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

FÜR

1) Falls die Versicherungsnummer nicht bekannt ist, geben Sie bitte Ihr Geburtsdatum in der Form TT MM JJ an.

Familienname(n) / Nachname(n) und Vorname(n)		Personenstand	Pensionssummer / Alterszeichen (Nur anzugeben, wenn diese(s) nicht mit der Versicherungsnummer ident ist.)
Geschlecht:	Staatsbürgerschaft:	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> EWR-Staat <input type="checkbox"/> Schweiz <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> Konventionsflüchtling (Bitte Nachweis über die Flüchtlingseigenschaft beilegen) <input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> sonstige ..... seit .....	
Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür			
Postleitzahl	Ort	Telefonnummer	
Bei einem vorübergehenden Aufenthalt in einem Heim, Krankenhaus, bei Familienangehörigen usw. geben Sie bitte die genaue Adresse bekannt			

DURCH (nur auszufüllen, wenn der Antrag von der pflegebedürftigen Person nicht selbst gestellt werden kann)

Familienname(n) / Nachname(n) und Vorname(n)		
Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür		
Postleitzahl	Ort	Telefonnummer
ICH BIN	<input type="checkbox"/> der / die gesetzliche Vertreterin / <input type="checkbox"/> der / die gerichtlich bestellte Sachwalter / Sachwalterin <sup>2)</sup>	<input type="checkbox"/> die obsorge-pflichtige Person <sup>2)</sup> <input type="checkbox"/>

2) Bitte Bestellungskarte dem Antrag beilegen, wenn die Bestellung dem Versicherungsträger noch nicht angezeigt wurde!

DVR: 2105296

Zutreffendes bitte ankreuzen

PAL 080 (04. 2015)

1. Wegen welcher Leiden ist Betreuung und Hilfe erforderlich bzw. hat sich ihr Pflegebedarf erhöht?  
(Eventuell vorhandene Befunde von Ihrem Arzt / Ihrer Ärztin oder Krankenhaus legen Sie bitte bei – auch in Kopie.)

Berücksichtige eine Anstrengung vor Ablauf eines Jahres nach der letzten rechtsgültigen Entscheidung (je jederfalls ein drittes Alter vorliegen).

Was ist die Hauptursache ihrer Pflegebedürftigkeit?

körperliche Einschränkung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
geistige Beeinträchtigung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Gedächtnisschwäche / Demenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
psychische Erkrankung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
andere Ursachen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Welche Maßnahmen nehmen Sie regelmäßig ein?

Sollen zusätzlich zum Pflegebediensteten / zur Pflegebegleiterin weitere Personen vom Termin des beabsichtigten Hausbesuches verständigt werden?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

(Familien- / Nachnamen und Telefonnummern sowie Adresse und Telefonnummern)

2. Von welcher Person / Stelle wird die notwendige Betreuung und Hilfe erbracht?

<input type="checkbox"/> Pflegeperson	(Familien- / Nachnamen und Telefonnummern sowie Adresse)	
Wohin bzw. wieviel von der Pflegeperson	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Familienangehöriger zu Antragstellung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Besteht eine 24-Stunden-Betreuung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(Arbeits- / Nachnamen und Telefonnummern sowie Adresse der 24-Stunden-Betreuer)		
<input type="checkbox"/> mobile Dienste (zB mobile Hilfe und Beistellung, Hausärztekrankenpflege, Essen auf Rädern)	(Dienste, Kostenarten)	
<input type="checkbox"/> ambulanter / stationärer Dienst (zB Behandlungseinrichtung, Tagesschule, Tagespflege, Kindergarten, Hörgeräte)	(Erreichung sowie Adresse, Kostenarten)	
<input type="checkbox"/> daudende Unterbringung in einer stationären Einrichtung (zB Alten-, Pflege-, Wohn- oder Erziehungsheim, Klinik/Kinderklinik)	(Erreichung sowie Adresse, Kostenarten)	

3. Befinden oder befanden Sie sich innerhalb der letzten Monate vor der Antragstellung in einer in- oder ausländischen Krankenanstalt (zB Krankenhaus, Spital, Heilstätte, Kurheim)?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

(Krankenanstalt, Aufenthalt von – bis, Kostenarten)

Sollten Sie über den Anstaldsaufenthalt Unterlagen besitzen, senden Sie diese bitte mit.

4. Sind Sie durch einen Unfall pflegebedürftig geworden?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Datum des Unfalls _____ und	<input type="checkbox"/> Unfallheilung (Sicherung)
Längster Verbleib: _____		
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?		
Wurde eine Unfallversicherung eröffnet?		
Wenn ja, bei welcher Stelle?		

5. Beziehen oder beantragen Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes bereits eine dem Bundespflegegeld ähnliche in- oder ausländische Leistung (zB Pflegezulage, Blindenzulage)?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

(Art der Leistung, ausübende Stelle, Ansprechpartner)

Haben Sie eventuell auf Grund Ihres Gesundheitszustandes Anspruch auf eine dem Bundespflegegeld ähnliche ausländische Leistung, die noch nicht beantragt haben?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

(Art der Leistung, ausübende Stelle, Ansprechpartner)

Erhalten Sie eine Pflegesachleistung aus einem EU-Mitgliedstaat, einem EWR-Staat oder der Schweiz?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

(Art der Leistung, ausübende Stelle, Ansprechpartner)

6. Beziehen oder beantragen Sie auf Grund Ihres Gesundheitszustandes erhöhte Familienbedürftigkeit?

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

(Ansprechende Stelle, Ansprechpartner)

7. Beziehen oder beantragen Sie noch eine weitere Pension, Rente, einen Ruhe- oder Vergnügungsgezinus oder dergleichen?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

(Art der Leistung, ausübende Stelle, Ansprechpartner)

8. Waren Sie in ihrer aktiven Tätigkeit Beamter / Beamtin?

<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
-------------------------------	-----------------------------

(Besitz Dokumente)

9. Anweisung

Mit Pflegebedarf:  
Werden Sie von einer Person, einer Vollmacht aus der Unterzeichnung oder einer Ruhe- oder Vergnügungsgezinus befreit, wird das Pflegegeld wie diese Leistung angewiesen.  
Der Bekanntgabe meines Konkurs durch meine personenaufsuchende Stelle an den Entscheidungsträger und der Anwendung der Pflegebedürftigkeit auf dieses Konkurs wird zugestimmt.

OHNE Pflegebedarf:  
Die Anweisung auf ein Konto

■ wird genehmigt:  
Die Überweisung des Pflegegeldes an ein Konto ist – auch bei bereits bestehendem Gehaltskontos – nur über „Antrag auf fortgeschriene Personierung“ bei einem Geldinstitut ihrer Wahl (Bank, Sparkasse, Postsparkasse, etc.).  
(Der bei Ihnen bestehende, ausgewählte und bestätigte „Antrag auf fortgeschriene Gehalt- / Personenauszahlung“ ist ausrechnend.)  
■ wird nicht genehmigt: Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.

10. Erklärung

Ich erkläre, dass ich die in diesem Antragformular enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe.  
Ich nehme zur Kenntnis, dass nach dem Bundespflegegeldgesetz verpflichtet, jede mir bekannte Veränderung in den Voraussetzungen für das Pflegegeldbezug, den Wert, eine Minderung, das Ruhen oder eine andere Abweichung (z.B. Erwerb einer anderen Tätigkeit, eine andere Wohnung, eine andere Ansiedlung, andere geistige Leistungen neben dem Pflegegeld) binnen zwei Wochen dem Entscheidungsträger zu melden.  
Jede Änderung des Wohnortes – wenn auch nur vorübergehend – ist innerhalb von zwei Wochen zu melden.  
Ich bin verpflichtet, dem Bundespflegegeldgesetz ähnliche ausländische Leistungen geltend zu machen. Wenn und unter welchen Bedingungen werden diese Leistungen neben dem Pflegegeld geltend gemacht werden, kann das Pflegegeld abgemindert, gemindert oder entzogen werden.

Bei Verletzung der Meldepflicht sind zur Unrecht erbrachte Leistungen rückzuverzinsen.

Ich bin sehr bedauert / blind.  ja  nein  
Wenn ja: Übermittlung des Bescheides auch an die E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_ erwünscht.

\_\_\_\_\_ Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Beilage(n) \_\_\_\_\_

## **ANHANG 2: MUSTERKLAGE**

An das  
Arbeits- und Sozialgericht Wien

Althanstraße 39-45  
1091 Wien

Ort, am .....

**Klagende Partei:**

Name

Adresse

Vertreten durch:

.....

.....

**Beklagte Partei:** (Pflegegeldträger lt. Bescheid) .....

.....

**Wegen:**

Pflegegeld

# **KLAGE**

Mit Bescheid vom ..... wurde zu Unrecht die Gewährung von Pflegegeld abgelehnt bzw. das Pflegegeld zu niedrig bemessen oder zu Unrecht herabgesetzt.

Beweis:

Bescheid vom .....

Sachverständiger aus einem medizinischen Bereich  
oder Pflegebereich

Ich stelle daher den Antrag auf Fällung folgenden

### **Urteils:**

Die beklagte Partei ist schuldig, der klagenden Partei ein Pflegegeld im gesetzlichen Ausmaß ab dem gesetzlichen Stichtag zu gewähren.

.....  
(eigenhändige Unterschrift der klagenden Partei oder des Vertreters)

Anlage: Bescheid, Vollmacht

## ALLGEMEINE ERLÄUTERUNGEN ZUM PFLEGETAGEBUCH

Es ist empfehlenswert, das Pflegetagebuch über mindestens eine Woche vor der Pflegegeldbegutachtung zu führen, um den regelmäßigen Pflege- und Betreuungsbedarf sichtbar zu machen.

Die für die Pflegegeldbegutachtung relevanten Aktivitäten, wie in der Tabelle aufgelistet, sind

- Mobilität,
- Körperpflege,
- Ernährung,
- Ausscheidung,
- hauswirtschaftliche Versorgung und
- besondere Ereignisse.

Dokumentieren Sie bitte die Häufigkeit und die Art der Hilfe.

## ANLEITUNG ZUM AUSFÜLLEN DER TABELLEN:

Kreuzen Sie in der nachfolgenden Tabelle jene von Ihnen durchgeführten Tätigkeiten an. Um die Regelmäßigkeit zu dokumentieren, tragen Sie täglich Ihre geleistete Unterstützung ein.

Beispiel:

Hilfe- und Betreu- ungsbedarf	Häufigkeit				
	Morgen	Mittag	Nachmit- tag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr
<b>Mobilität</b> Aufstehen vom Bett	XXXXXX	X X X		XXXXXX	

## ART DER HILFESTELLUNG:

**Anleitung/Beaufsichtigung** heißt, dass der/die Pflegebedürftige zu den Verrichtungen angeleitet (das heißt zeigende bzw vertraut machende Unterweisung) und/oder beaufsichtigt (das heißt kontrollierende Beobachtung und aufpassende Beobachtung) werden muss.

**Unterstützung** heißt, dass der/die Pflegebedürftige Verrichtungen grundsätzlich selbstständig erledigen kann. Er/Sie muss jedoch bei der Vorbereitung und/oder Nachbereitung unterstützt werden (z.B. Rasur: Herrichten des Rasierers, anschließende Gerätgereinigung notwendig).

**Teilweise Übernahme** heißt, dass der/die Pflegebedürftige einzelne Verrichtungen nicht durchführen kann und diese dann vom pflegenden Angehörigen übernommen werden (z.B. Rücken waschen oder Füße waschen, Getränke vorbereiten).

**Vollständige Übernahme** heißt, dass die Betreuungs- und Pflegeperson die Verrichtung vollständig übernimmt, da der/die Pflegebedürftige nicht in der Lage ist, diese selbst auszuführen.

Beispiel:

Art der Hilfe			
Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme not- wendig	Vollständige Übernahme notwendig
X X X X X		X X X	

## BESONDERHEITEN/ERSCHWERNISSE DER BETREUUNG

sind Ereignisse, welche die Betreuung erschweren, wie z.B. Schmerzen, Gelenksversteifungen, Wunden, Persönlichkeits- und Verhaltensänderungen, Sturzgefährdung oder Gegenwehr durch den Pflegebedürftigen.

Werden für Pflege- und Betreuungstätigkeiten 2 Personen benötigt, dann dokumentieren Sie dies ebenfalls unter diesem Punkt.

## PFLEGETAGEBUCH

Es ist zu empfehlen, das Pflegetagebuch über mindestens eine Woche vor der Pflegegeldbegutachtung zu führen.

Name:.....

Datum: von.....bis.....

Hilfe- und Betreuungs- bedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach- mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
<b>Mobilität</b> Aufstehen vom Bett									
Aufstehen vom Rollstuhl									
Stehen									
Gehen/ Bewegen									
Treppen stei- gen									
Lagewechsel im Bett									
Begleitung zum Arzt/ zur Therapie									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									

## PFLEGETAGEBUCH

Es ist zu empfehlen, das Pflegetagebuch über mindestens eine Woche vor der Pflegegeldbegutachtung zu führen.

**MAX MUSTERMANN**

Name:.....

Datum: von:..... bis:.....

Hilfe- und Betreuungsbedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach-mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Mobilität Aufstehen vom Bett	X		X	X			X		
Aufstehen vom Rollstuhl	X	X	X	X				X	
Stehen	X	X	X	X			X	X	
Gehen/ Bewegen	X	X	X	X			X	X	
Treppen steigen									
Lagewechsel im Bett									
Begleitung zum Arzt/ zur Therapie									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln	<b>ROLLSTUHL</b>								

Name:.....

Datum: von.....bis.....

<b>Hilfe- und Betreuungsbedarf</b>	<b>Häufigkeit</b>					<b>Art der Hilfe</b>			
	Morgen	Mittag	Nach-mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
<b>Körperpflege</b> Waschen									
Duschen									
Baden									
Rasieren									
Kämmen Haarpflege									
Zahn- und Mundpflege									
An- und Auskleiden									
Nagelpflege									
Kanülen-Pflege									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									

# MAX MUSTERMANN

Name: .....

Datum: von:..... bis:.....

Hilfe- und Betreuungsbedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach-mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Körperpflege Waschen	X			X			X		
Duschen	JEDEN MITTWOCH								X
Baden									
Rasieren	X							X	
Kämmen Haarpflege	X						X		
Zahn- und Mundpflege	X			X				X	
An- und Auskleiden	X			X				X	
Nagelpflege	JEDEN MITTWOCH								X
Kanülen-Pflege									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln	DUSCHSTUHL								

Muster

Name:.....

Datum: von.....bis.....

<b>Hilfe- und Betreuungsbedarf</b>	<b>Häufigkeit</b>					<b>Art der Hilfe</b>			
	Morgen	Mittag	Nach-mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
<b>Ernährung</b> Mahlzeiten zubereiten									
Mundgerechtes Zubereiten									
Unterstützung bei der Essensaufnahme									
Sonden-nahrung									
Einnahme von Medikamenten									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									
<b>Ausscheidung</b> Toilettenbesuch für Harn- und Stuhlentleerung									
Wechsel von Inkontinenzhilfsmittel (Einlagen)									

# MAX MUSTERMANN

Name: .....

Datum: von:..... bis:.....

Hilfe- und Betreuungsbedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach-mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
<b>Ernährung</b> Mahlzeiten zubereiten	X	X	X	X					X
Mundgerechtes Zubereiten									
Unterstützung bei der Essensaufnahme	X	X	X	X					X
Sonden-nahrung									
Einnahme von Medikamenten	X	X	X	X			X		
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									
<b>Ausscheidung</b> Toilettenbesuch für Harn- und Stuhlgang	X	X	X	X	X				X
Wechsel von Inkontinenz-hilfsmittel (Einlagen)	X		X	X					X

Name: .....

Datum: von.....bis.....

<b>Hilfe- und Betreuungsbedarf</b>	<b>Häufigkeit</b>					<b>Art der Hilfe</b>			
	Morgen	Mittag	Nach-mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Reinigung bei Inkontinenz nach Ausscheidung									
Stoma-Pflege (künstlicher Darmausgang)									
Katheter-pflege									
Einlauf									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									
<b>Hauswirtschaftliche Versorgung</b> Herbeischaffung von Nahrungsmitteln und Medikamenten									
Reinigen der Wohnung									
Reinigung der Bett- und Leibwäsche									

# MAX MUSTERMANN

Name: .....

Datum: von:..... bis:.....

Hilfe- und Betreuungsbedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach-mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Reinigung bei Inkontinenz nach Ausscheidung	X	X	X	X					X
Stoma-Pflege (künstlicher Darmausgang)									
Katheterpflege									
Einlauf									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									
<b>Hauswirtschaftliche Versorgung</b> Herbeischaffung von Nahrungsmitteln und Medikamenten									X
Reinigen der Wohnung	X								X
Reinigung der Bett- und Leibwäsche		2 MAL WÖCHENTLICH							X

Name:.....

Datum: von.....bis.....

Hilfe- und Betreuungsbedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach-mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Heizen der Wohnung									
Sonstiges									
Besonderheiten/Erschwer-nisse in der Betreuung									

**An der Betreuung und Pflege sind folgende Personen beteiligt:**

- Angehörige
- Freunde, Bekannte
- Nachbarn
- Sozial- und Gesundheitssprengel
- Tagesbetreuung
- 24-Stunden Betreuung
- andere Betreuungsdienste
- Sonstige

# MAX MUSTERMANN

Name:.....

Datum: von:..... bis:.....

Hilfe- und Betreuungsbedarf	Häufigkeit					Art der Hilfe			
	Morgen	Mittag	Nach-mittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr	Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme notwendig	Vollständige Übernahme notwendig
Heizen der Wohnung	ÖLHEIZUNG								X
Sonstiges									
Besonderheiten/Erschwerisse in der Betreuung		SCHMER-ZEN		STURZ- GEFÄHR-DUNG					
	1 MAL WÖCHENTLICH HAUSBESUCH DURCH HAUSARZT								
	1 MAL TÄGLICH BETREUUNG DURCH SGS								

An der Betreuung und Pflege sind folgende Personen beteiligt:

- Angehörige
- Freunde, Bekannte
- Nachbarn
- Sozial- und Gesundheitssprengel
- Tagesbetreuung
- 24-Stunden Betreuung
- andere Betreuungsdienste
- Sonstige

Name:.....

Datum: von.....bis.....

## **Bei Personen mit einer schweren geistigen oder schweren psychischen Behinderung, insb einer demenziellen Erkrankung.**

<b>Erklärung</b>	Führen Sie Beispiele für die Beeinträchtigungen der <b>Orientierung</b> , des <b>Antriebs</b> , des <b>Denkens</b> , der <b>emotionalen Kontrolle</b> und der <b>sozialen Funktionen</b> , an.	Häufigkeit
Beeinträchtigung der <b>Orientierung</b> : findet sich zeitlich, räumlich und/oder situativ nicht zurecht.		
Beeinträchtigung des <b>Antriebs</b> : Überreaktionen, zB Rückzug, Rastlosigkeit oder auch Aggressivität.		
Beeinträchtigung des <b>Denkens</b> : Konzentration und Auffassungsfähigkeit sind eingeschränkt zB versteht Abläufe nicht in nachvollziehbarer Weise.		
Beeinträchtigung der <b>emotionalen Kontrolle</b> : Reaktion auf Situationen sind nicht angemessen ist zB Verzweiflung oder Trauer.		
Beeinträchtigung der <b>sozialen Funktion</b> : zwischenmenschliche Beziehungen zB in der Familie, oder im Freundeskreis. Vermehrtes Auftreten von Konflikten in normalen/neutralen Situationen.		

# MAX MUSTERMANN

Name: .....

Datum: von:..... bis:.....

## Bei Personen mit einer schweren geistigen oder schweren psychischen Behinderung, insb einer demenziellen Erkrankung.

Erklärung	Führen Sie Beispiele für die Beeinträchtigungen der <b>Orientierung</b> , des <b>Antriebs</b> , des <b>Denkens</b> , der <b>emotionalen Kontrolle</b> und der <b>sozialen Funktionen</b> , an.	Häufigkeit
Beeinträchtigung der <b>Orientierung</b> : findet sich zeitlich, räumlich und/oder situativ nicht zurecht.	WILL KEINE MEDIKAMENTE EINNEHMEN. VERTRAUT NICHT. HAT ANGST VERGIFTET ZU WERDEN. REAGIERT MIT ABWEHR UND SCHREIT LAUT	XXXXX
Beeinträchtigung des <b>Antriebs</b> : Überreaktionen, zB Rückzug, Rastlosigkeit oder auch Aggressivität.	NIMMT SCHATTEN UND DUNKLE ECKEN ALS GEFAHREN WAHR	XX
Beeinträchtigung des <b>Denkens</b> : Konzentration und Auffassungsfähigkeit sind eingeschränkt zB versteht Abläufe nicht in nachvollziehbarer Weise.	WEIB NICHT, OB SIE EINEN PARTNER/KINDER HAT. BEZIEHUNGSWEISE, WIE VIELE KINDER SIE HAT	XXXX
Beeinträchtigung der <b>emotionalen Kontrolle</b> : Reaktion auf Situationen sind nicht angemessen ist zB Verzweiflung oder Trauer.		
Beeinträchtigung der <b>sozialen Funktion</b> : zwischenmenschliche Beziehungen zB in der Familie, oder im Freundeskreis. Vermehrtes Auftreten von Konflikten in normalen/neutralen Situationen.		

#### **Impressum**

Medieninhaber: Kammer für Arbeiter und Angestellte für Wien,  
Prinz-Eugen-Straße 20-22, 1040 Wien, Telefon: (01) 501 65 0  
Offenlegung gem. § 25 MedienG: siehe [wien.arbeiterkammer.at/impressum](http://wien.arbeiterkammer.at/impressum)  
Zulassungsnummer: MZ 02Z34648 M  
Titelfoto: © pikselstock – Adobe Stock  
Druck: AK Druckerei  
Verlags- und Herstellungsart: Wien  
Artikelnummer 270

**Stand: Dezember 2025**

# GERECHTIGKEIT MUSS SEIN

Die Arbeiterkammer steht für soziale Gerechtigkeit.  
Wir setzen uns seit mehr als 100 Jahren für die Rechte  
der Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmer ein.

Damals. Heute. Für immer.