



**Bestätigung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Pflegeabzuges Art. 31 Abs. 1 Bst. I.
Bitte jede Rubrik des Dokumentes ausfüllen**

Angaben der freiwilligen Pflegeperson (bei mehr als drei Pflegepersonen, bitten wir Sie ein neues Formular auszufüllen)						
Pflegeperson						
	Pflegeperson	%	Pflegeperson	%	Pflegeperson	%
Name und Vorname						
Adresse						
Wohnort						
Geburtsdatum						
Telefonummer						
Informationen der zu pflegenden Person						
<input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> Herr						
Name:			Vorname:	
Adresse:			Wohnort:	
Geburtsdatum			Tel.-Nr.:	
Werden Pflegeleistungen des SMZ oder der Spitex beansprucht?						
<input type="checkbox"/> ja, seit: <input type="checkbox"/> nein						
Wurde ein Antrag zur Hilflosenentschädigung gestellt?						
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Wenn bewilligt, zu welchem Grad wurde diese bewilligt?						
<input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> mittel <input type="checkbox"/> schwer						
Angaben betreffend der Unselbständigkeit						
Müsste die zu pflegende Person ohne die Pflegedienstleistung in einem Heim/Institution platziert werden?						
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Wird neben den gegebenen Hilfeleistungen regelmässig und weitgehend Hilfe für nachstehende tägliche Aufgaben benötigt?						
⇒ zum Aufstehen, Sitzen oder Liegen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
⇒ zum Anziehen oder Entkleiden <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
⇒ für die Körperpflege <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
⇒ um auf die Toilette zu gehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
⇒ für die Einnahme der Mahlzeiten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
⇒ für die Einnahme von Medikamenten <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
⇒ um sich fortzubewegen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
⇒ um soziale Kontakte zu pflegen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
Braucht es eine permanente Pflegeunterstützung?						
<input type="checkbox"/> am Tag <input type="checkbox"/> in der Nacht <input type="checkbox"/> nein						
Braucht es eine permanente persönliche Überwachung?						
<input type="checkbox"/> am Tag <input type="checkbox"/> in der Nacht <input type="checkbox"/> nein						
Datum, Stempel und Unterschrift						
Datum:			Datum:			
Unterschrift-en die freiwilligen Pflegeperson:			Stempel und Unterschrift des Arztes, des soziales medizinisches Zentrum oder der Spitex			