

# Ärztliches Zeugnis zum Gesuch kommunaler Pflegekostenbeiträge

## Pflegebedürftige Person:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

PLZ / Ort: \_\_\_\_\_

## Beanspruchung der Pflegeperson für mehrere der nachfolgenden Hilfeleistungen pro Tag:

(zutreffendes bitte mit einem x kennzeichnen)

- An- und Auskleiden \_\_\_\_\_
- Sich setzen, Aufstehen, Zubettgehen \_\_\_\_\_
- Essen (nach Zubereitung) \_\_\_\_\_
- tägliche Körperpflege \_\_\_\_\_
- Baden \_\_\_\_\_
- Benutzen der Toilette \_\_\_\_\_
- Fortbewegung im Hause \_\_\_\_\_
- Kontakt mit der Umwelt \_\_\_\_\_

Beanspruchung pro Tag: \_\_\_\_\_ Stunden

Ist aus medizinischen Gründen eine ständige Ueberwachung notwendig? Ja / Nein

(bitte **nicht** zutreffendes streichen)

## Bemerkungen:

---

---

---

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Der Arzt / Aerztin:  
(Stempel und Unterschrift)