

# Befund

## zur Beurteilung der Notwendigkeit einer 24-Stunden-Betreuung

---

Sehr geehrte Frau Doktorin!

Sehr geehrter Herr Doktor!

Ihr/e nachstehend genannte/r Patient/in hat beim Sozialministeriumservice einen Antrag auf Gewährung eines Zuschusses zur Unterstützung der 24-Stunden-Betreuung gemäß § 21b des Bundespflegegeldgesetzes eingebracht. Bei Bezieher/innen eines Pflegegeldes der Stufen 3 und 4 ist die Notwendigkeit der 24-Stunden-Betreuung Gegenstand einer gesonderten Beurteilung. Wir dürfen Sie daher ersuchen, die nachstehenden Fragen vollständig zu beantworten und danken im Voraus für Ihre Mithilfe.

Frau       Herr

.....  
[Name]

.....  
[Versicherungsnummer]

wohnhaft in .....

steht bei mir seit ..... in ärztlicher Behandlung/Betreuung.

**Funktionelle Defizite:** .....

.....

**Angaben zur Mobilität:** .....

.....

**Diagnosen (in deutscher Sprache):** .....

.....

**Relevante diagnostische Befunde:** .....

.....

**Therapien und Medikation:** .....

.....

**Der/Die Patient/in ist in der Lage**

■ getroffene Vereinbarungen zum Tagesablauf einzuhalten (Kontraktfähigkeit)  ja  nein

■ während der Nachtstunden das Bett zur Verrichtung der Notdurft - zumindest auf einem Leibstuhl - alleine zu verlassen  ja  nein

**Sonstige Bemerkungen:** .....

.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Stempel und Unterschrift