

DAS PFLEGE- TAGEBUCH!

Der Weg zum Pflegegeld und zur richtigen Einstufung



VORWORT



„Das Pfl egetagebuch bietet eine praktische Hilfe-
stellung zur Erlangung des Pflegegeldes und der
richtigen Einstufung.“

Erwin Zangerl
AK Präsident



„Täglich sehen wir Ihre wertvolle und fürsorgliche Arbeit
als pflegende Angehörige. Mit diesem Pfl egetagebuch
wird Ihre Tätigkeit für andere sichtbar.“

DGKP Sabine Spari-Schleifer
Obfrau der Plattform Mobile Pflege Tirol

EINLEITUNG

Für die Pflege zu Hause stellt das Pflegegeld eine wichtige finanzielle Unterstützung dar. Die Plattform Mobile Pflege Tirol hat in Zusammenarbeit mit der Arbeiterkammer Tirol ein **Pflegetagebuch** ausgearbeitet. Mit diesem Pflegetagebuch können Sie als pflegende Angehörige Ihre geleistete Hilfe darstellen. 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 unter anderem:

- PVA
- Gemeinden
- Gesundheits- und Sozialsprengel
- Arbeiterkammer Tirol
- Hausärzte
- Internet (<https://www.oesterreich.gv.at>)

Der Antrag ist bei der pensionsauszahlenden Stelle einzubringen.

DAUER

Ab Antragstellung kann es etwa 4 bis 6 Wochen bis zur Untersuchung durch den Arzt oder durch das diplomierte Pflegepersonal dauern. Der begutachtende Arzt bzw. die begutachtende Pflegeperson kündigen ihren Besuch an.

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

Bis zur Erteilung des schriftlichen Bescheides vergehen ca. 2 bis 3 Monate. Das Pflegegeld wird ab dem nächstfolgenden Monatsersten der Antragstellung zugesprochen.

KLAGEMÖGLICHKEIT

Ist der Antragsteller 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 an das Landesgericht Innsbruck als Arbeits- und Sozialgericht eingebracht werden. Die Klage ist formlos und innerhalb von 3 Monaten ab Zustellung des Bescheides einzubringen.

Die Klage kann entweder an

- die pensionsauszahlende Stelle (PVA) oder
- direkt an das Gericht

gesandt werden.

Wird die Klage bei der PVA eingebracht, leitet die Pensionsversicherungsanstalt diese an das Gericht weiter.

Die Arbeiterkammer Tirol übernimmt für ihre Mitglieder das Einbringen der Klage bei Gericht.

Höhe des Pflegegeldes

Stufe 1	> 65 Stunden/Monat	€ 200,80
Stufe 2	> 95 Stunden/Monat	€ 370,30
Stufe 3	> 120 Stunden/Monat	€ 577,00
Stufe 4	> 160 Stunden/Monat	€ 865,10
Stufe 5	> 180 Stunden/Monat plus*	€ 1.175,20
Stufe 6	> 180 Stunden/Monat plus*	€ 1.641,10
Stufe 7	> 180 Stunden/Monat plus*	€ 2.156,60

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

VORBEREITUNG AUF DIE BEGUTACHTUNG:

- Pfl egetagebuch
- Pflegedokumentation bei bestehender Betreuung durch die Hauskrankenpflege
- Aktueller Arztbrief
- Medikamentenverordnung vom behandelnden Arzt oder Krankenhaus (nicht selbst geschrieben)

ADRESSEN

**Landesgericht Innsbruck als
Arbeits- und Sozialgericht**

Maximilianstraße 4
6020 Innsbruck
Tel.: +43 (0)5 76014 342000
Fax: +43 (0)5 76014 342499

PVA

Landesstelle Tirol

Ing.-Etzel-Straße 13
6020 Innsbruck
Tel.: +43 (0)5 03 03
Fax: +43 (0)5 03 03 - 388 50
Mail: pva-1st@pv.at

BVAEB

Landesstelle für Tirol

Meinhardstraße 1
6010 Innsbruck
Tel.: 05 04 05 - 28700
Fax: 05 04 05 - 28900

SVS

Landesstelle Tirol

Klara-Pölt-Weg 1
6020 Innsbruck
Tel.: 05 08 08 808

AUVA

Außenstelle Innsbruck

Ing.-Etzel-Straße 17
6020 Innsbruck
Tel.: +43 (0)5 93 93 - 34 801
Fax: +43 (0)5 93 93 - 34 815
Mail: AI@auva.at

Sozialministeriumservice –

Landesstelle Tirol


Herzog-Friedrich-Straße 3
6020 Innsbruck
Tel.: +43 (0)512 563 - 101
Fax: 05 99 88 - 7075
Mail: post.tirol@sozialministeriumservice.at


BMSGPK

**Bundesministerium für Soziales,
Gesundheit, Pflege und
Konsumentenschutz**

Stubenring 1
1010 Wien
Tel.: +43 (0)1 711 00 - 0
Fax: +43 (0)1 715 82 58
Mail: post@sozialministerium.at

ANHANG 1: ANTRAG PFLEGEgeld

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



Antrag auf:

Eingangstempigle

ZUERKENNUNG PFLEGEgeld
 ERHÖHUNG PFLEGEgeld
 WEITERGEWÄHRUNG nach befristetem Pflegegeldbezug

nach dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG)

FÜR

Bitte unbedingt ausfüllen ¹⁾	
Versicherungsnummer	Geburtsdatum

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

Familienname(n) und Vorname(n)		Personenstand	Pensionsnummer / Aktenzeichen (Nur anzugeben, wenn diese(s) nicht mit der Versicherungsnummer ident ist.)
Geschlecht:	Staatsbürgerschaft:	<input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> EU/EWR-Staat <input type="checkbox"/> Schweiz	
<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> Konventionsflüchtling (Bitte Nachweis über die Flüchtlingsenschaft belegen) <input type="checkbox"/> Sonstige (Bitte Nachweis über die Aufenthaltsberechtigung belegen)		
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) und Vorname(n)		
Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür		
Postleitzahl	Ort	Telefonnummer


ICH BIN

die mit der gesetzlichen Vertretung betraute Person ²⁾
²⁾ (Sachwalterin), mit der Oa/ogee betraute Person, Vorsorgebevollmächtigte(r), gewählte(r), gesetzliche(r) oder gerichtliche(r) Erwachsenenvertreter(in), Kurator(in)

die bevollmächtigte Person ²⁾

Zutreffendes bitte ankreuzen

PAL 080 (09. 2020)



Informationen nach Art. 13 und 14 Datenschutz-Grundverordnung betreffend die Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten finden Sie auf unserer Website unter www.sozialversicherung.at/datenschutz.

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

Bei neuerlicher Antragsstellung vor Ablauf eines Jahres nach der letzten rechtskräftigen Entscheidung sind aktuelle medizinische Unterlagen (zB ärztliche Atteste, Krankenhausteufel) vorzulegen, aus denen hervorgeht, dass sich die Gesundheitszustand verschlechtert hat oder ein neues Leiden neugetreten ist.

Was ist die Hauptursache Ihrer Pflegebedürftigkeit?

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

Welche Medikamente nehmen Sie regelmäßig ein?

Sollen zusätzlich zum Pflegegeldwerber / zur Pflegegeldwerberin weitere Personen vom Termin des beabsichtigten Hausbesuches verständigt werden?

nein ja

(Familienname(n) und Vorname(n)) sowie Adresse und Telefonnummer

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

Pflegeperson

(Familienname(n) und Vorname(n) sowie Adresse)

Wird bzw. wurde von der Pflegeperson Familienname(n) ja nein
Pflegeperson oder Pflegehelfer in Anspruch genommen? ja nein
Besteht eine 24-Stunden-Betreuung? ja nein

(Familienname(n) und Vorname(n) sowie Adresse der 24-Stunden-Betreuung)

mobile Dienste (zB mobile Hilfe und Betreuung, Hauskrankenpflege, Essen auf Rädern)


(Dienst, Kostenart)

ambulante / teilstationäre Dienste (zB Behinderteneinrichtung, Tagesheimstätte, Tagespflege, Kindergarten, Hort)

(Einrichtung sowie Adresse, Kostenart)

ständige Unterbringung in einer stationären Einrichtung (zB Alten-, Pflege-, Wohn- oder Erziehungshaus, Krankenhaus)

(Einrichtung sowie Adresse, Kostenart)



DIVS – PFGA0020

3. Befinden oder befanden Sie sich innerhalb der letzten Monate vor der Antragstellung in einer in- oder ausländischen Krankenkasse (zB Krankenhaus, Rehabilitationszentrum, Krankeneinrichtung, Pflegeeinrichtung)?

nein ja

(Ortsname/ort, Aufenthalt von – bis, Kostenart)

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

4. Sind Sie durch einen Unfall pflegebedürftig geworden?

nein ja

Datum des Unfalls: _____ und
Unfallwegung (Stichwortart): _____

Liegt fremdes Verschulden am Unfall vor? ja nein
Handelt es sich um einen Arbeitsunfall? ja nein
Wurde eine Unfallrente erstattet? ja nein
Wenn ja, bei welcher Stelle?

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

nein ja

(Art der Leistung, ausstehende Stelle, Aktenzeichen)

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

nein ja

(Art der Leistung, ausländische Stelle)

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

nein ja

(Art der Leistung, ausstehende Stelle, Aktenzeichen)

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


nein ja

(ausstehende Stelle, Aktenzeichen)

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

nein ja

(Art der Leistung, ausstehende Stelle, Aktenzeichen)



DIVS – PFGA0020

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

ja nein

(siehe Dienststelle)

9. Anweisung

MIT Pensionsbezug:
Wenn Sie bereits eine Pension, eine Vollrente aus der Unfallversicherung oder einen Ruhe- / Versorgungsgenuss beziehen, wird das Pflegegeld wie diese Leistung angerechnet.
Der Bekanntheitsgrad meines Kontos durch meine personalausweisende Stelle ist der Entscheidungsträger und der Anweisung des Pflegegeldes auf dieses Konto wird zugestimmt.

OHNE Pensionsbezug:
Die Anweisung auf ein Konto

wird gewünscht
Die Überweisung des Pflegegeldes auf ein Girokonto ist – auch bei bereits bestehendem Gehaltskonto – nur über „Antrag auf bargeldlose Pensionszahlung“ bei einem Geldinstitut Ihrer Wahl (Bank, Sparkasse, Postsparkasse etc.) möglich.
(Der Fall ihrer Bank enthältliche, ausgefüllte und besiegelte „Antrag auf bargeldlose Gehalts- / Pensionsauszahlung“ mit belegen.)

wird nicht gewünscht, **Bezahlung wird ausdrücklich beantragt.**

10. Wünschen Sie zusätzlich eine kostenlose Pflegeberatung zu Hause durch eine diplomierte Pflegefachkraft?

nein ja

ja, ich wünsche eine Pflegeberatung und Information über das regionale Unterstützungsangebot.

- Wenn ja, erlaube ich hiermit meine Einwilligung zur Weiterleitung meiner personenbezogenen Daten (Name, Sozialversicherungsnummer, Anwohnruf, Telefonnummer) an die für die Organisation zuständige Stelle (Kompetenzzentrum zur Qualitätssicherung in der häuslichen Pflege).
- Wenn ja und ich bin Familienmitglied oder eine/rine Haushaltsangehörige/er erkläre ich hiermit, dass ich die Einwilligung zur Weiterleitung der pflegebedürftigen Person betreffenden personenbezogenen Daten an die für die Organisation zuständige Stelle erlaube.

11. Erklärung

Ich erkläre, dass ich die in diesem Antragsformular enthaltenen Fragen wahrheitsgemäß und vollständig beantwortet habe.


Ich nehme zur Kenntnis, dass mich das Bundespflegegeldgesetz verpflichtet, jede mir bekannte Veränderung in den Voraussetzungen für das Pflegegeldbezug, die den Verlust, eine Minderung, das Fehlen des Anspruches zB ab dem 2. Tag eines Krankenhausaufenthaltes) oder eine Anrechnung auf das Pflegegeld (bei Bezug anderer pflegebezogener Leistungen neben dem Pflegegeld) begründet, binnen vier Wochen dem Entscheidungsträger zu melden.

Jede Änderung des Wohnsitzes – wenn auch nur vorübergehend – ist innerhalb von zwei Wochen zu melden, ich bin verpflichtet, dem Pflegegeld ähnliche ausländische Leistungen geltend zu machen. Wenn und solange ausländische Leistungen nicht geltend gemacht werden, kann das Pflegegeld abgezogen, gemindert oder entzogen werden.

Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückerstattet.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Beleg(e): _____



DIVS – PFGA0020

ANHANG 2: MUSTERKLAGE

An das
Landesgericht Innsbruck als
Arbeits- und Sozialgericht

Maximilianstr. 4
6020 Innsbruck

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 der Antragstellung nächstfolgenden Monatsersten 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 Betreuungs- bedarf	Häufigkeit				
	Morgen	Mittag	Nachmittag	Abend	Nacht 22 - 6 Uhr
Mobilität Aufstehen vom Bett	XXXXXX	XXX		XXXXXX	

ART DER HILFESTELLUNG:

Anleitung/Beaufsichtigung heißt, dass der Pflegebedürftige zu den Verrichtungen angeleitet und/oder beaufsichtigt werden muss.

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

Teilweise Übernahme heißt, dass der 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 Pflegebedürftige nicht in der Lage ist, diese selbst auszuführen.

Beispiel:

Art der Hilfe			
Anleitung/ Beaufsichtigung notwendig	Unterstützung notwendig	Teilweise Übernahme not- wendig	Vollständige Über- nahme notwendig
✕✕✕✕✕✕		✕✕✕	

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 diesen Punkt.

PFLEGETAGEBUCH (ZUM ABTRENNEN)

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
Mobilität 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									

Ein Beispiel bzw. Muster befindet sich auf der Rückseite!

PFLEGETAGEBUCH (ZUM ABTRENNEN)

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

Name: **Max Mustermann**

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	
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 stei- gen										
Lagewechsel im Bett										
Begleitung zum Arzt/ zur Therapie										
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln	<i>Rollstuhl</i>									

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	
Körperpflege Waschen										
Duschen										
Baden										
Rasieren										
Kämmen Haarpflege										
Zahn- und Mundpflege										
An- und Auskleiden										
Nagelpflege										
Kanülen- Pflege										
Sonstiges z. B. Einsatz von Hilfsmitteln										

Ein Beispiel bzw. Muster befindet sich auf der Rückseite!

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
Ernährung Mahlzeiten zubereiten									
Mundgerech- tes Zubereiten									
Unterstützung bei der Essens- aufnahme									
Sonden- nahrung									
Einnahme von Medikamen- ten									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									
Ausscheidung Toilettenbe- such für Harn- und Stuhlent- leerung									
Wechsel von Inkontinenz- hilfsmittel (Einlagen)									

Ein Beispiel bzw. Muster befindet sich auf der Rückseite!

Name: **Max Mustermann**

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	
Ernährung Mahlzeiten zubereiten	X	X	X	X					X	
Mundgerech- tes Zubereiten										
Unterstützung bei der Essens- aufnahme	X	X	X	X				X		
Sonden- nahrung										
Einnahme von Medikamen- ten	X	X	X	X				X		
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln										
Ausscheidung Toilettenbe- such für Harn- und Stuhlent- leerung	X	X	X	X	X				X	
Wechsel von Inkontinenz- hilfsmittel (Einlagen)	X		X	X					X	

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	
Reinigung bei Inkontinenz nach Ausschei- dung										
Stoma- Pflege (künstlicher Darmausgang)										
Katheterpflege										
Einlauf										
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln										
Hauswirt- schaftliche Versorgung Herbeischaf- fung von Nah- rungsmitteln und Medika- menten										
Reinigen der Wohnung										
Reinigung der Bett- und Leibwäsche										

Ein Beispiel bzw. Muster befindet sich auf der Rückseite!

Name: *Max Mustermann*

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
Reinigung bei Inkontinenz nach Ausschei- dung	X	X	X	X					X
Stoma-Pflege (künstlicher Darmausgang)									
Katheterpflege									
Einlauf									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									
Hauswirt- schaftliche Versorgung Herbeischaf- fung von Nah- rungsmitteln und Medika- menten	<i>3 mal wöchentlich</i>								X
Reinigen der Wohnung	X								X
Reinigung der Bett- und Leibwäsche	<i>2 mal wöchentlich</i>								X

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
Heizen der Wohnung									
Sonstiges									
Besonder- heiten/Er- schwerisse in der Betreu- ung									

An der Betreuung und Pflege sind folgende Personen beteiligt:

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

Name: *Max Mustermann*

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	
Heizen der Wohnung	<i>Ölheizung</i>									<i>X</i>
Sonstiges										
Besonder- heiten/Er- schwerisse in der Betreu- ung	<i>Schmer- zen</i>									
	<i>Sturz- gefähr- dung</i>									
	<i>1 mal wöchentlich Hausbesuch durch Hausarzt</i>									
	<i>1 mal täglich Betreuung durch SGS</i>									

An der Betreuung und Pflege sind folgende Personen beteiligt:

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



Impressum
Medieninhaber und Verleger:
Kammer für Arbeiter und Angestellte für Tirol
Maximilianstraße 7, 6020 Innsbruck

Verfasserinnen: DGKP Mag. Daniela Russinger (AK Tirol),
DGKP Sonja Hasenauer BScN, DGKP Gabriele Flatscher BScN,
DGKP Annelies Sieber MBA

Stand: Feber 2025



DAS PFLEGE- TAGEBUCH!

Arbeiterkammer Tirol
Maximilianstraße 7, 6020 Innsbruck
www.ak-tirol.com
info@ak-tirol.com

AK Tirol in den Bezirken:

Imst, Rathausstraße 1, 6460 Imst
Kitzbühel, Rennfeld 13, 6370 Kitzbühel
Kufstein, Arkadenplatz 2, 6330 Kufstein
Wörgl, Bahnhofplatz 6, 6300 Wörgl
Landeck, Malsersstraße 11, 6500 Landeck
Osttirol / Lienz, Beda-Weber-Gasse 22, 9900 Lienz
Reutte, Mühler Straße 22, 6600 Reutte
Schwaz, Münchner Straße 20, 6130 Schwaz
Telfs, Möritzenstraße 1, 6410 Telfs

AK Servicenummer:
Tel. 0800/22 55 22

**WIR
SIND FÜR
SIE DA!**