



# 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 Sapri-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.help.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 (Stand 1.1.2018)

Stufe 1	> 65 Stunden/Monat	€ 157,30
Stufe 2	> 95 Stunden/Monat	€ 290,00
Stufe 3	> 120 Stunden/Monat	€ 451,80
Stufe 4	> 160 Stunden/Monat	€ 677,60
Stufe 5	> 180 Stunden/Monat plus*	€ 920,30
Stufe 6	> 180 Stunden/Monat plus*	€ 1.285,20
Stufe 7	> 180 Stunden/Monat plus*	€ 1.688,90

\* 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:

- 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.: 05 03 03  
Fax: 05 03 03 - 388 50  
Mail: pva-1st@pensionsversicherung.at

### **BVA**

#### **Landesstelle für Tirol**

Meinhardstraße 1  
6010 Innsbruck  
Tel.: 05 04 05  
Fax: 05 04 05 - 28900  
Mail: Lst.ibk@bva.at

### **SVA**

#### **Landesstelle Tirol**

Klara-Pölt-Weg 1  
6020 Innsbruck  
Tel.: 05 08 08 - 2038  
Fax: 05 08 08 - 9839  
Mail: pps.t@svagw.at

### **SVB**

#### **Regionalbüro Tirol**

Fritz-Konzert-Straße 5  
6020 Innsbruck  
Tel.: +43 (0)512 520 67  
Fax: +43 (0)512 520 67 - 6300  
Mail: rb.trl@svb.at

### **VAEB**

Südtiroler Platz 3  
6020 Innsbruck  
Tel.: 050 2350 - 36800  
Basa: (880) 2350 - 36800  
Fax: 050 2350 - 76800  
Mail: gbz.innsbruck@vaeb.at

### **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

### **Versicherungsanstalt des österreichischen Notariates (Pensionsversicherung)**

Florianigasse 2  
1082 Wien  
Tel.: +43 (0)1 4051381  
Fax: +43 (0)1 4051381 - 20  
Mail: office@van.co.at

### **Sozialministeriumservice – Landesstelle Tirol**

Herzog-Friedrich-Straße 3  
6020 Innsbruck  
Tel.: 0512/563 101  
Fax: 05 99 88 - 7075  
Mail: post.tirol@sozialministeriumservice.at  
www.sozialministeriumservice.at


### **BMASK**

#### **Bundesministerium für Arbeit, Soziales und Konsumentenschutz**


Stubenring 1  
1010 Wien  
Tel.: +43 (1)711 00 – 0  
Fax: +43 (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 Eingangsstampille

**ZUERKENNUNG PFLEGEgeld**  
 **ERHÖHUNG PFLEGEgeld**  
 **WEITERGEWÄHRUNG nach befristetem Pflegegeldbezug**  
nach dem Bundespflegegeldgesetz (BPGG)

**FÜR**

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

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	Pensionsnummer / Aktenzeichen <small>(Nur anzugeben, wenn dieses/te nicht mit der Versicherungsnummer ident ist.)</small>
Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich		
Staatsbürgerschaft: <input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> EWR-Staat <input type="checkbox"/> Schweiz <input type="checkbox"/> Konventionenflüchtling (Bitte Nachweis über die Flüchtlingseigenschaft beilegen) <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)	Personenstand	Pensionsnummer / Aktenzeichen
Adresse – Straße, Gasse, Platz, Hausnummer, Stiege, Stock, Tür		
Postleitzahl	Ort	Telefonnummer

**ICH BIN**  der / die gesetzliche Vertreter / Vertreterin  der / die gerichtlich bestellte Sachwalter / Sachwalterin <sup>2)</sup>  die obersorgpflichtige Person <sup>2)</sup>

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


 Zutreffendes bitte ankreuzen

PAL 060 (04. 2015) DVR: 2108296

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

Bei neuerlicher Antragstellung vor Ablauf eines Jahres nach der letzten rechtsgültigen Entscheidung ist jedenfalls ein aktuelles Attest vorzulegen.

**Was ist die Hauptursache Ihrer Pflegebedürftigkeit?**

<input type="checkbox"/> körperliche Einschränkung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> geistige 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

(Familien- / Nachnamen und Vornamen) sowie Adresse und Telefonnummer

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

Pflegeperson

(Familien- / Nachnamen und Vornamen) sowie Adresse

**Wird bzw. wurde von der Pflegeperson Familienangehörige in Anspruch genommen?**  ja  nein

**Besteht eine 24-Stunden-Betreuung?**  nein  ja

(Familien- / Nachnamen und Vornamen) sowie Adresse der 24-Stunden-Betreuung

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

(Dienst, Kostenträger)

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

(Einrichtung sowie Adresse, Kostenträger)

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

(Einrichtung sowie Adresse, Kostenträger)

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

nein  ja

(Krankenanstalt, Aufenthalt von - bis, Kostenträger)

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

**4. Sind Sie durch einen Unfall pflegebedürftig geworden?**

nein  ja

ja – Datum des Unfalls: ..... und Unfallhergang (kürzestmöglich): .....

**Liegt fremdes Verschulden am Unfall vor?**  ja  nein

**Handelt es sich um einen Arbeitsunfall?**  ja  nein

**Wurde eine Unfallanzeige erstattet?**  ja  nein

**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)?**

nein  ja

(Art der Leistung, ausstellende Stelle, Aktenzeichen)

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

nein  ja

(Art der Leistung, ausstellende Stelle)

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

nein  ja

(Art der Leistung, ausstellende Stelle, Aktenzeichen)

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

nein  ja

(ausstellende Stelle, Aktenzeichen)

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

nein  ja

(Art der Leistung, ausstellende Stelle, Aktenzeichen)

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

nein  ja

(Bitte Dienststelle)

**9. Anweisung**

**MIT Pensionsbezug:**  
Wenn Sie bereits eine Pension, eine Vollernte aus der Unfallversicherung oder einen Ruhe- oder Versorgungsgenuss beziehen, wird das Pflegegeld wie diese Leistung angerechnet.  
Der Bekanntheitsstand meines Kontos durch meine pensionszuständige Stelle an den Entscheidungsträger und der Anweisung des Pflegegeldes auf dieses Konto wird zugestimmt.

**OHNE Pensionsbezug:**  
Die Anweisung auf ein Konto  wird gewünscht  wird nicht 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 bei Ihrer Bank einrichtete, ausgefüllte und bestellte Antrag auf bargeldlose Gehalts- / Pensionsauszahlung ist beizulegen.)

wird nicht gewünscht. Barzahlung wird ausdrücklich beantragt.

**10. 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 den Pflegegeldbezug, die den Verlust, eine Minderung, die Ruhens- oder Anspruchlosigkeit ab dem 2. Tag eines Krankenhausaufenthaltes) oder eine Anrechnung auf das Pflegegeld (bei Bezug anderer pflegebezogener Leistungen neben dem Pflegegeld) begründen, binnen vier 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 solange ausländische Leistungen nicht geltend gemacht werden, kann das Pflegegeld abgelehnt, gemindert oder entzogen werden.  
**Bei Verletzung der Meldepflicht sind zu Unrecht erbrachte Leistungen rückerstattet.**

Ich bin selbstbehandelt / blind.  ja  nein

Wenn ja: Übermittlung des Bescheides auch an die E-Mail Adresse  eMail

Datum  Unterschrift

Belag(en):

## 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
<b>Mobilität</b> 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:

<b>Art der Hilfe</b>			
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
<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									

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	
<b>Mobilität</b> 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	
<b>Körperpflege</b> 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
<b>Ernährung</b> Mahlzeiten zubereiten									
Mundgerech- tes Zubereiten									
Unterstützung bei der Essens- aufnahme									
Sonden- nahrung									
Einnahme von Medikamen- ten									
Sonstiges z.B. Einsatz von Hilfsmitteln									
<b>Ausscheidung</b> 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	
<b>Ernährung</b> 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										
<b>Ausscheidung</b> 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										
<b>Hauswirt- schaftliche Versorgung</b> 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									
<b>Hauswirt- schaftliche Versorgung</b> 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									
<b>Besonder- heiten/Er- schwerisse in der Betreu- ung</b>									

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  
Foto: babimu/Fotolia.com

Stand: Jänner 2018



Arbeiterkammer Tirol

## Das Pflege- Tagebuch!

**Arbeiterkammer Tirol**

**Maximilianstraße 7, 6020 Innsbruck**

**[www.ak-tirol.com](http://www.ak-tirol.com)**

**[ak@tirol.com](mailto:ak@tirol.com)**

AK Tirol in den Bezirken:

**Imst**, Rathausstraße 1, 6460 Imst

**Kitzbühel**, Rennfeld 13, 6370 Kitzbühel

**Kufstein**, Arkadenplatz 2, 6330 Kufstein

**Landeck**, Malsersstraße 11, 6500 Landeck

**Lienz**, Beda-Weber-Gasse 22, 9900 Lienz

**Reutte**, Mühler Straße 22, 6600 Reutte

**Schwaz**, Münchner Straße 20, 6130 Schwaz

**Telfs**, Moritzenstraße 1, 6410 Telfs

kostenlose AK Servicenummer:

**Tel. 0800/22 55 22**