

Eingangsstempel

## ANTRAG

### Gewährung von Pflegegeld an Schwerbehinderte nach dem Landespflegegeldgesetz und Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz (LBlindenGG)

|  |                                     |
|--|-------------------------------------|
| Name (und Geburtsname), Vorname  | Geburtsdatum                        |
| Familienstand<br><input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend | Geburtsort                          |
| Wohnort, Straße  | seit wann                           |
| Aufenthaltsverhältnisse:   |                                     |
| <input type="checkbox"/> Gesetzl. Vertreter<br>Name, Anschrift <input type="checkbox"/> Vormund <input type="checkbox"/> Betreuer                                | Wirkungskreis (Bestallung beifügen) |

#### Folgende Behinderungen werden geltend gemacht:

|   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ① Verlust beider Beine im Oberschenkel; eine prothetische Versorgung ist nicht möglich bzw. es liegt eine weitere wesentliche Behinderung vor. | <input type="checkbox"/> ⑤ Hirnschädigungen mit schweren körperlichen und schweren geistigen oder seelischen Störungen und Gebrauchsbehinderungen mehrerer Gliedmaßen.                         |
| <input type="checkbox"/> ② Verlust beider Hände (Ohnhänder).  | <input type="checkbox"/> ⑥ Schwere geistige oder seelische Behinderungen bei Personen, die wegen dauernder und außergewöhnlicher motorischer Unruhe ständiger Aufsicht bedürfen.               |
| <input type="checkbox"/> ③ Verlust dreier Gliedmaßen.   | <input type="checkbox"/> ⑦ Ein dauerndes Krankenlager erfordernder Leidenszustand oder außergewöhnliche Pflegebedürftigkeit (die mit einer Behinderung nach den Nrn. 1 - 6 vergleichbar sind). |
| <input type="checkbox"/> ④ Lähmungen oder sonstige Bewegungsbehinderungen, wenn diese Behinderungen denjenigen der in den Nr. 1 - 3 genannten gleichkommen.             | <input type="checkbox"/> Blindheit bzw. Gleichstellung nach § 1 Landesblindengeldgesetz.   |

Ursache der Behinderung:

von Geburt    Unfall    Krankheit    Kriegseinwirkung    Impfschaden

Die Behinderung wurde bisher behandelt von: (bitte Arzt bzw. Krankenhaus angeben und ärztliche Bescheinigungen beifügen)

Wann:

Wird die Pflege durch eine besondere Pflegekraft oder eine Pflegeeinrichtung (z. B. Sozialstation) ausgeführt?

ja   Name und Anschrift der Pflegeperson oder der Pflegeeinrichtung:

nein

Es wird folgende teilstationäre Einrichtung besucht:

Sonderkindergarten    Sonderschule    Werkstatt für Behinderte  
 Tag- oder Nachtklinik    sonstige Tagesbetreuungsstelle

Name der Einrichtung:

Anschrift:

Es werden folgende Pflegeleistungen bezogen (bitte Bescheid beifügen):

|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| 1. Pflegegeld der Krankenkasse<br>.  | €   | 5. Pflegezulage nach dem BEG   | €  |
| 2. Häusliche Pflegehilfe als Sachleistungen (Krankenkasse)                                       | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | 6. Pflegeleistungen nach versicherungsrechtlichen Vorschriften                           | €  |
| 3. Pflegezulage nach dem BVG und nebenrechtlicher Bestimmungen (z. B. Soldatenversorgungsgesetz) | €   | 7. Pflegeleistungen auf privatrechtlicher Grundlage (z. B. Versicherungen)               | €  |
| 4. Pflegezulage nach dem LAG   | €   | 8. Sonstige Pflegeleistungen   | €  |
| Gewährende Stellen (Ziff. angeben):  |   | 9. Besteht Anspruch auf Beihilfe nach den Beihilfevorschriften des öffentlichen Dienstes | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein<br>ggf. Name und Anschrift der Beihilfestelle: |

Falls noch ein weiterer Anspruch auf eine der o. g. Leistungen besteht:

|  |  |
|--|--|
| Art des Anspruchs:   |  |
| Seit wann besteht der Anspruch?  |  |
| Gegen wen richtet sich der Anspruch  |  |
| Werden Leistungen nach dem Bundesversorgungsgesetz bezogen? Ggf. bitte das hierfür zuständige Versorgungsamt und die Grundlistennummer angeben   |  |
| Name und Anschrift der Krankenkasse  |  |
| Zahlungen sollen auf folgendes Konto erfolgen: (bitte IBAN und BIC angeben)  |  |
| <p>Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.</p> <p>Ich bin darauf hingewiesen worden, dass</p> <p>a) jede Änderung der Umstände, welche für die Gewährung des Pflegegeldes maßgebend sind, der Bewilligungsbehörde unverzüglich und unaufgefordert mitgeteilt werden muss. Dies gilt insbesondere für anrechenbare Pflegeleistungen oder die Aufnahme in Anstalten, Heimen und gleichartigen Einrichtungen sowie in teilstationären Einrichtungen;</p> <p>b) überzahlte Beträge zu erstatten sind, insbesondere wenn die nach Buchstabe a) genannte Mitteilungspflicht nicht beachtet wurde.</p> <p>Ich entbinde die behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht.</p> <p>Ich ermächtige die Bewilligungsbehörde bei Inanspruchnahme einer besonderen Pflegekraft oder einer Pflegeeinrichtung das vereinbarte Pflegeentgelt vom bewilligten Landespflegegeld einzubehalten und auf Antrag an die besondere Pflegekraft oder die Pflegeeinrichtung (Anstellungsträger) unmittelbar auszuzahlen.</p> |  |
| Ort, Datum   | eigenhändige Unterschrift oder die des gesetzl. Vertreters |
| <p>Von der für den gewöhnlichen Aufenthalt des Antragstellers zuständigen Behörde auszufüllen:</p> <p>Vorstehende Personalangaben sind richtig.</p> <p>Der Schwerbehinderte hat seinen gewöhnlichen Aufenthalt in:</p>   |  |
| Behörde, Datum   | Siegel, Unterschrift                                       |

# ÄRZTLICHE BESCHEINIGUNG

zu Anträgen auf Gewährung von

Pflegegeld an Schwerbehinderte nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfIGG)

Pflegegeld nach §§ 64, 65 Sozialgesetzbuch XII (SGB XII)

|                                  |     |              |  |
|----------------------------------|-----|--------------|--|
| Name (auch Geburtsname), Vorname |     | Geburtsdatum |  |
| Strasse, Haus-Nr.                | PLZ | Wohnort      |  |
| Behandelnder Arzt                |     | Tel.Nr.      |  |
| Diagnose                         |     |              |  |

1. a) Besteht dauerndes Krankenlager, d.h. kann Patient sich nur im Liegen oder Sitzen (Bett, Rollstuhl, Sessel oder Ähnliches) aufhalten ?  ja  nein  
b) Sind Änderungen in der Liege- oder Sitzposition nur mit fremder Hilfe möglich ?  ja  nein
2. Besteht übergroßes Körpergewicht ?  ja  nein
3. Bestehen Liegegeschwüre oder andere geschwürige Hautdefekte, ggf. welcher Ausdehnung ? Kunstafter ? Urinabgang ?  ja  nein
4. Freier Stand und Gang gewährleistet ?  ja  nein
5. Kann sich der Patient innerhalb der Wohnung mit Unterstützung durch einen Stock oder eine Hilfsperson fortbewegen ?  ja  nein
6. Ist An- und Auskleiden selbsttätig möglich ?  ja  nein
7. Ist die kleine Körperpflege, wie waschen, rasieren, kämmen selbsttätig möglich ?  ja  nein
8. Ist Toilettenbenutzung, baden, alleine möglich ?  ja  nein
9. Bedarf der Patient bei der Nahrungseinnahme der Hilfe durch die Pflegeperson ?  ja  nein
10. Sind die Verrichtungen 6. bis 9. zwar alleine, aber nur unter ständiger Gängelung möglich ?  ja  nein
11. Urininkontinenz ?  ja  nein
12. Stuhlinkontinenz ?  ja  nein
13. Ist der Patient bewusstseinsklar und orientiert ?  ja  nein
14. Bestehen häufige Verwirrheitszustände mit Desorientiertheit ?  ja  nein
15. Bestehen erhebliche Antriebsstörungen ?  ja  nein
16. Ist der Patient aggressiv ?  ja  nein

**bitte wenden !**

17. Ist der Patient motorisch unruhig ?  ja  nein
18. Liegt ein krankhafter Bewegungsdrang mit zerstörerischem oder selbstgefährdendem Verhalten vor ?  ja  nein
19. Muss fremde Hilfe jederzeit bereitstehen ?  ja  nein
20. Kann der Patient vorübergehend alleine gelassen werden ?  ja  nein
21. Seit wann besteht dieser Zustand ?  ja  nein

|     |       |
|-----|-------|
| Ort | Datum |
|-----|-------|

---

( Unterschrift des behandelnden Arztes )

## Augenfachärztliche Bescheinigung

### bei Antrag auf Blindengeld nach dem Landesblindengeldgesetz /§72 Abs 5 SGB XII

Blind ist, wer völlig ohne Sehvermögen ist; gleichgestellt sind Personen, deren Sehschärfe auf dem besseren Auge nicht mehr als 1/50 beträgt, oder bei denen gleich zu achtende Störungen vorliegen.

|                 |                 |
|-----------------|-----------------|
| <b>Name:</b>    | <b>Vorname:</b> |
| <b>geb. am:</b> |                 |
| <b>Straße:</b>  | <b>Wohnort:</b> |

#### 1. Diagnosen:

---

---

---

#### 2. Befunde:

##### a) Visus:

**bitte beachten-** Der Beurteilung ist die Sehschärfe des besseren Auges (unter bestmöglicher Korrektur) und das beidäugige Sehvermögen zugrunde zu legen. Die Bestimmung hat in der „First Choice-Technik“, bei zentraler Fixation, unter Beleuchtungsstandard und mit standardisierten Prüfsehzeichen, zu erfolgen.

RA

LA

Untersuchungsdatum: \_\_\_\_\_

##### b) gleichzuachtende Gesichtsfeldeinschränkung/en:

**bitte beachten-** Anerkennungsfähige Perimetriebefunde sind mit dem Goldmann Perimeter oder mit einem äquivalenten, von der Ophthalmologischen Gesellschaft zugelassenen Perimeter, entsprechend Goldmann III/4e zu erheben: (Prüfmarkendurchmesser 30 Winkelminuten, Prüfmarkenleuchtdichte 320 cd/m<sup>2</sup>, entsprechend Filterstellung e, Bezeichnung 1,0, Umfeldleuchtdichte 10 cd/m<sup>2</sup>).

**Als Untersuchungstechnik ist ausschließlich die manuell kinetische Methode zugelassen.**

Bei den von der Ophthalmologischen Gesellschaft zugelassenen Computer-gesteuerten Perimetern, Twinfield (Oculus) und Octopus101 (Haag Streit) ist die Zusatzsoftware zur kinetischen Perimetrie einzusetzen und mit manuell kinetischer Methode zu untersuchen

**Die Gesichtsfeldausdrucke der beidäugig geprüften Gesichtsfelder sind in Kopie beizulegen.**

Die Ausmessung bzw. Abschätzung des blinden Bereiches in der unteren Gesichtshälfte soll auf dem Perimeterformular und nicht in der Perimeterkugel geschehen

**Seite 2** augenfachärztliche Bescheinigung für:

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

- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Bei einer Sehschärfe von 0,033 (1/30) oder weniger ist die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30° vom Zentrum entfernt. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° sind unberücksichtigt geblieben.
- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Bei einer Sehschärfe von 0,05 (1/20) oder weniger ist die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 15° vom Zentrum entfernt. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° sind unberücksichtigt geblieben.
- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Bei einer Sehschärfe von 0,1 (1/10) oder weniger ist die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 7,5° vom Zentrum entfernt. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° sind unberücksichtigt geblieben.
- Konzentrische Einengung des Gesichtsfeldes. Bei normaler Sehschärfe ist die Grenze der Gesichtsfeldinsel in keiner Richtung mehr als 5° vom Zentrum entfernt. Gesichtsfeldreste jenseits von 50° sind unberücksichtigt geblieben.
- Große Skotome im zentralen Gesichtsfeldbereich. Die Sehschärfe beträgt nicht mehr als 0,1 (1/10) und im 50°-Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians ist mehr als die Hälfte ausgefallen.
- Homonyme Hemianopsie mit Verlust des zentralen Sehens beiderseits, wobei die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30° Durchmesser besitzt.
- Bitemporale oder binasale Hemianopsie, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und kein Binokularsehen besteht.

**Untersuchungsdatum:** \_\_\_\_\_

**c) gleichzuachtende andere Befunde:**

**Bitte beachten-** über die Anerkennungsfähigkeit wird grundsätzlich im Rahmen eines Gutachtens beim Landesblindensachverständigenrat entschieden. Bitte alle Befundunterlagen bereits diesem Antrag beilegen.

- Es liegen Sehschädigungen vor, die einer Sehschärfeherabsetzung auf 0,02 (1/50) gleichkommen, die aber durch den Visus, bzw die v.g. gleich zuachtenden Gesichtsfeldeinschränkungen nicht erfasst sind.

**Untersuchungsdatum:** \_\_\_\_\_

**Seite 3** augenfachärztliche Bescheinigung für:

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

**3. Therapie/ Prognose**

- austerapiert/ inoperabel - der derzeitige Befund ist als dauerhaft anzusehen
- unter Therapie - Besserung grundsätzlich möglich
- operabel - Operation jedoch derzeit nicht möglich
- Operation geplant - Monat / Jahr \_\_\_\_\_

**4. Hinweise**

(z.B. zum Ablauf der Untersuchung, z.B. auf andere, möglicherweise relevante Erkrankungen... )

---

---

---

**Datum**

---

**Unterschrift**

---

**Stempel**

**Bitte beachten:** Anerkennungsfähig sind ausschließlich Störungen im Bereich der optischen Bahnen. Visuell agnostische Störungen (wie z.B. im Rahmen von Demenz, apallischem Syndrom, u.a.) finden keine Berücksichtigung. Alle Anträge werden der zuständigen Fachbehörde (Gesundheitsamt) vorgelegt. In Zweifelsfällen wird eine Begutachtung beim Landesblindennarzt veranlasst.