



## Bedarfsabklärung

### Pflege zu Hause durch Familienangehörige / Art. 15 EV ELG

#### Personalien der versicherten Person

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### Personalien der ausführende Person

Name: \_\_\_\_\_  
Vorname: \_\_\_\_\_  
Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Adresse: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Verwandtschaftsbeziehung (Geschwister / Eltern usw.): \_\_\_\_\_

Die Leistungserbringung erfolgt ab (Monat / Jahr): \_\_\_\_\_

Massnahmen der Grundpflege	Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten	Zeitaufwand pro Woche
Mund- und Körperpflege		
An- und Ausziehen		
Betten / Lagern (tagsüber und nachts)		
Dekubitusprophylaxe (gefährdete Stellen massieren)		
Essen und Trinken eingeben		
Bewegungsübungen (aktivieren / gem. Anleitung Fachperson)		
Mobilisieren / Beweglichkeit und Gehen fördern		



<b>Massnahmen der Grundpflege</b>	<b>Beschreibung der durchgeführten Tätigkeiten</b>	<b>Zeitaufwand pro Woche</b>
<b>Beine einbinden</b>		
<b>Kompressionsstrümpfe anziehen</b>		
<b>Massnahmen zur Verhütung oder Behebung von behandlungsbedingten Schädigungen der Haut</b>		
<b>Weiteres</b>		

**Diesem Formular ist beizulegen:**

- Detaillierter Arztbericht über die benötigte Pflege zu Hause

**Einreichungsstelle:**

Die vollständigen Unterlagen sind bei der zuständigen AHV-Zweigstelle der Wohnsitzgemeinde einzureichen.