

Kranken-/Pflegeversicherten-Nr.

Name, Vorname der / des Versicherten

Antragsformular im Zusammenhang mit der Prüfung zur Zugehörigkeit zum Personenkreis mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45 a Sozialgesetzbuch Elftes Buch (SGB XI)

Teil A: Antragstellung

- Hiermit wird die Feststellung auf Zugehörigkeit zum Personenkreis mit erheblich eingeschränkter Alltagskompetenz nach § 45 a SGB XI beantragt.
- Es besteht bereits Anspruch auf den so genannten Grundbetrag. Hiermit wird die Zuordnung zum Personenkreis mit in erhöhtem Maße eingeschränkter Alltagskompetenz beantragt.

Teil B: Ergänzende Angaben zum Antrag (unbedingt ausfüllen!)

Wichtig: Für die Beurteilung des Antrages ist die Einsichtnahme in Befund- und/oder Entlassungsberichte sehr wichtig! Bitte fügen Sie diese unbedingt bei! Sie helfen uns damit auf einem schnelleren Weg zu einer sachgerechten Entscheidung zu kommen.

I. Befinden Sie sich regelmäßig in neurologischer Behandlung?

Wenn ja, bei wem (Name, Adresse) und seit wann?

- ja,
seit:
- nein

II. Welche Diagnosen (demenzbedingt, psychisch, neurologisch) sind festgestellt worden?
(Bitte denken Sie an Befund-/Entlassungsberichte!)

III. Welche Einschränkungen der Alltagskompetenz bestehen aus Ihrer Sicht?

Ja	Nein
	<ol style="list-style-type: none">1. Unkontrolliertes Verlassen des Wohnbereiches (Weglauftendenz)2. Verkennen oder Verursachen gefährdender Situationen3. Unsachgemäßer Umgang mit gefährlichen Gegenständen oder potenziell gefährdenden Substanzen4. Tötlich oder verbal aggressives Verhalten in Verkennung der Situation5. Im situativen Kontext inadäquates Verhalten6. Unfähigkeit, die eigenen körperlichen und seelischen Gefühle oder Bedürfnisse wahrzunehmen7. Unfähigkeit zu einer erforderlichen Kooperation bei therapeutischen oder schützenden Maßnahmen als Folge einer therapieresistenten Depression oder Angststörung 8. Störungen der höheren Hirnfunktionen (Beeinträchtigungen des Gedächtnisses, herabgesetztes Urteilsvermögen), die zu Problemen bei der Bewältigung von sozialen Alltagsleistungen geführt haben9. Störung des Tag-/Nacht-Rhythmus10. Unfähigkeit, eigenständig den Tagesablauf zu planen und zu strukturieren 11. Verkennen von Alltagssituationen und inadäquates Reagieren in Alltagssituationen 12. Ausgeprägtes labiles oder unkontrolliert emotionales Verhalten13. Zeitlich überwiegend Niedergeschlagenheit, Verzagttheit, Hilflosigkeit oder Hoffnungslosigkeit aufgrund einer therapieresistenten Depression14. Zeitliche Desorientiertheit15. Örtliche Desorientiertheit16. Sonstige Einschränkung der Alltagskompetenz (aufgrund Ihrer Beobachtungen):

Die vorstehenden Einschränkungen liegen mindestens seit _____ vor.
Den Angaben habe ich entsprechende Befund-/Entlassungsberichte beigelegt.

Ort, Datum Unterschrift der/des Versicherten bzw. gesetzlicher
Vertreter oder Bevollmächtigter