

**Bestätigung der Pflegebedürftigkeit im Rahmen des Pflegeabzuges Art. 31 Abs. 1 Bst. i. StG**  
**Bitte jede Rubrik des Dokumentes ausfüllen**

<b>Angaben der freiwilligen Pflegeperson</b> (bei mehr als drei Pflegepersonen, bitten wir Sie, ein neues Formular auszufüllen)						
	<b>Pflegeperson/en</b>					
	<b>Pflegeperson</b>	<b>%</b>	<b>Pflegeperson</b>	<b>%</b>	<b>Pflegeperson</b>	<b>%</b>
Name und Vorname						
Adresse						
Wohnort						
Geburtsdatum						
Telefonnummer						
<b>Informationen der zu pflegenden Person</b>						
	<input type="checkbox"/> Frau	<input type="checkbox"/> Herr				
Name:				Vorname:		
Adresse:				Wohnort:		
Geburtsdatum:				Tel.-Nr.:		
Bezieht der Patient Pflegeleistungen des SMZ oder einer zugelassenen Organisation für Pflege und Unterstützung zu Hause?						
<input type="checkbox"/> Ja, seit:		<input type="checkbox"/> Nein				
Erhält der Patient eine Hilflosenentschädigung						
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein				
Wenn Ja, welchem Grad entspricht die Hilflosenentschädigung						
<input type="checkbox"/> leicht		<input type="checkbox"/> mittel			<input type="checkbox"/> schwer	
<b>Daten betreffend Unselbständigkeit</b>						
Müsste die zu pflegende Person in einem Heim/Institution untergebracht werden, wenn die freiwillige Pflege nicht täglich bei Verrichtungen wie Anziehen oder Entkleiden, Aufstehen, Sitzen, Essen usw. helfen würde?						
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein				
<b>Datum, Stempel und Unterschrift</b>						
Datum:	Datum:					
Unterschrift/en der freiwilligen Pflegeperson/en	Stempel und Unterschrift des Arztes, des SMZ oder des Verantwortlichen der Organisation für Pflege und Unterstützung zu Hause					