



**Werden Pflegeleistungen bezogen?**  Ja  Nein  Beantragt  
(bei allen Leistungsarten Kopie des Bescheides beifügen)

	EUR
1. Pflegegeld/-leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI)	
2. Pflegeleistungen nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG)	
3. Pflegeleistungen der Berufsgenossenschaften	
4. Pflegezulage nach dem LAG (Lastenausgleichsgesetz) oder dem BEG (Bundesentschädigungsgesetz)	
5. Sonstige Pflegeleistungen (z.B. Haftpflicht)	

Name und Anschrift der Krankenkasse/Pflegekasse und/oder Beihilfestelle

Wurde bereits in der Vergangenheit ein Antrag auf Landespflegegeld gestellt?  Ja  Nein

**Zahlungen können nur auf das Konto der Landespflegegeldberechtigten bzw. gesetzlichen Vertreters erfolgen.**

Geldinstitut	BLZ	Konto-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**Ich versichere, vorstehende Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben**

**und**

**nehme hiermit zur Kenntnis, dass**

- a) **ich jede Änderung der Umstände, welche für die Gewährung des Pflegegeldes maßgebend sind, der Bewilligungsbehörde unverzüglich und unaufgefordert mitteilen muss (z.B. Todesfall, Volljährigkeit, Umzug, Besserung des Gesundheitszustandes, Eintritt in den öffentlichen Dienst). Dies gilt insbesondere für anrechenbare Pflegegeldleistungen oder die Aufnahme in eine Anstalt, ein Heim oder eine gleichartige Einrichtung (z.B. Altenheim, Krankenhaus, Pflegeheim, Kurzzeitpflegeeinrichtung, Schule, Internat, Kindergarten, Rehabilitationszentrum). Es reicht aus, wenn sich die Betreuung nur über einen Teil des Tages erstreckt.**
- b) **überzahlte Beträge zu erstatten sind, insbesondere wenn die nach Buchstabe a) genannte Mitteilungspflicht nicht beachtet wurde.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers  
(bzw. des gesetzlichen Vertreters)

-----  
**Bestätigung des Einwohnermeldeamtes (nicht zwingend erforderlich)**

Vorstehende Personalangaben sind richtig. Der Schwerbehinderte hat seinen **gewöhnlichen** Aufenthalt in

\_\_\_\_\_  
Einwohnermeldeamt (Name), Datum



\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**ERKLÄRUNG  
ÜBER DIE ENTBINDUNG VON DER ÄRZTLICHEN SCHWEIGEPFLICHT**

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Gesetzlicher Vertreter:

Ich entbinde hiermit alle Ärzte, Kliniken, ärztliche Gutachter und den medizinischen Dienst der Kranken- und Pflegekassen von der ärztlichen Schweigepflicht für die im Rahmen des Landespflegegeldgesetzes (LPfIGG) benötigten Auskünfte gegenüber dem zuständigen Leistungsträger.

Ebenso erkläre ich ausdrücklich, dass die zuständige Krankenkasse berechtigt ist, personenbezogene Daten an den Leistungsträger zu offenbaren, soweit diese für die Durchführung des Landespflegegeldgesetzes unbedingt notwendig sind.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller/in / Vertreter/in  
- unzutreffendes bitte streichen -

## Attest

### zu einem Antrag auf Gewährung von Leistungen nach dem Landespflegegeldgesetz - LPfIGG - vom 31.10.1974

Frau/Herr

geb. am

wohnhaft in

steht bei mir seit  in Behandlung.

Diagnose

Ausfallerscheinungen

Allgemeinzustand:      Kachexie                       reduziert                       ausreichend                       gut

	ja	nein
1. Es liegt ein Verlust beider Beine im Oberschenkel vor bei dem eine prothetische Versorgung nicht möglich ist oder eine weitere wesentliche Behinderung vorliegt, und zwar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Es handelt sich um einen Ohnhänder	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------

3. Es handelt sich um den Verlust dreier Gliedmaßen (als Gliedmaße gilt mindestens die ganze Hand oder der ganze Fuß)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

4. Es handelt sich um den Funktionsausfall durch Lähmungen oder durch sonstige Bewegungsbehinderungen, vergleichbar den vorgenannten Fallgruppen,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

li. Hand (Arm)                       re. Hand (Arm)

li. Fuß (Bein)                       re. Fuß (Bein)

Es liegt eine Gebrauchsbehinderung an mehreren Gliedmaßen vor, nämlich infolge Parese oder sonstiger Veränderungen,	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

li. Hand (Arm)                       re. Hand (Arm)

li. Fuß (Bein)                       re. Fuß (Bein)

sie ist:                       hochgradig                       schwer                       mittel                       leicht

- |  | ja                       | nein                     |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 5. Es handelt sich um eine Hirnbeschädigung<br>(traumatisch oder durch Erkrankung, wie z.B. ein cerebraler Gefäßprozess, eine Multiple Sklerose)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| mit einer körperlich schweren Störung  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| an folgendem Organ:<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>  |                          |                          |
| mit einer schweren geistigen oder schweren seelischen Störung bzw. Behinderung<br>(Verwirrt sein, erhebliche Störung der Affektivität)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Es besteht eine dauernde außergewöhnliche motorische Unruhe, wegen der es<br>ständige Aufsicht bedarf<br>(z.B. erethischer Schwachsinn, sklerotische Verwirrtheit)  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Die/Der Behinderte ist so hilflos, dass sie/er für die gewöhnlichen und regelmäßig<br>wiederkehrenden Verrichtungen im Ablauf des täglichen Lebens (z.B. An- und<br>Auskleiden, Waschen, Kämmen, Körperhygiene, Einnehmen von Speisen und<br>Getränken, Verrichten der Notdurft, Bewegung innerhalb und außerhalb der Woh-<br>nung)<br>in erheblichem Umfang fremder Hilfe dauernd bedarf | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Darüber hinaus ist eine ständige Bereitschaft der Pflegeperson zu fordern (das ist<br>der Fall, wenn der Behinderte auch vorübergehend nicht allein gelassen werden<br>kann)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| oder   |                          |                          |
| es sind an die physischen und an die psychischen Kräfte der Pflegeperson beson-<br>ders hohe Anforderungen zu stellen.   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

---

Ort, Datum

---

Stempel und Unterschrift des Arztes