



**Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Pflegegeld an Schwerbehinderte nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfGG)**

**Arzt**

Name	Ort   Datum
Anschrift	

**Patient**

Name	Vorname	Geburtsdatum
PLZ   Wohnort	Straße und Hausnummer	

**Bei dem Patienten liegt folgende Behinderung vor (Diagnose):**

--

**Durch diese Behinderung bedingte Ausfallerscheinungen:**

--

**Weitere Ausführungen des Arztes:**

Liegt ständige Bettlägerigkeit vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kann der Behinderte vorübergehend alleingelassen werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Kann zur Verrichtung der Notdurft das Bett verlassen werden?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Liegt Stuhl- oder/und Harninkontinenz vor?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes