

! Der Antrag auf Pflegeleistungen besteht aus diesem Formular **UND** dem medizinischen Bericht des behandelnden Arztes (R20). **Der Antrag wird erst nach Erhalt beider Dokumente bearbeitet.**

1. Angaben zum Antragsteller

Der Antragsteller ist jene Person, welche die Pflege benötigt. Die mit * gekennzeichneten Felder müssen ausgefüllt werden.

*Sozialversicherungsnummer

*Name

Ehename

*Vorname

*Hausnummer und Straße

*Postleitzahl und Ortschaft

*Telefonnummer(n)

Bankkonto : IBAN

Falls ausländische Bank : BIC-Code

2. Angaben zur Art des Antrages

Bitte kreuzen Sie das oder die entsprechenden Felder an.

- Antrag auf Pflegeleistungen Vom Arzt anzugeben(R20)
 Antrag auf technische Hilfsmittel(1) oder auf Anpassung des Wohnumfeldes Vom Arzt anzugeben(R20)

(1) Sämtliche Gegenstände und Anpassungen, mit dem Ziel, eine Behinderung auszugleichen, einer Beeinträchtigung vorzubeugen oder sie zu verringern, die Pflege zu erleichtern und die Beschwerden zu lindern.

3. Angaben zur Pflegeperson

Die Pflegeperson ist die Bezugsperson aus dem Umfeld des Antragstellers, welche ihm die Pflege erbringt und/oder seine Situation gut kennt. Gegebenenfalls müssen die mit * gekennzeichneten Felder ausgefüllt werden.

*Sozialversicherungsnummer

*Name

*Vorname

Hausnummer und Straße

Postleitzahl und Ortschaft

*Telefonnummer(n)

4. Der Antragsteller befindet sich zur Zeit

Gegebenenfalls ankreuzen und ausfüllen.

- in einem Alten- oder Pflegeheim
 in einer Reha-Einrichtung
 im Krankenhaus
 an einem anderen Aufenthaltsort als oben angegeben
 Adresse :

5. Antrag auf Änderung der Aufteilung von Sach- und Geldleistungen

Vorzugsweise vom Pflegedienst auszufüllen.

- auf unbestimmte Zeit
 rückwirkend, ab dem _____
 auf bestimmte Zeit vom _____ bis zum _____ (Minstdauer: eine Woche)
 Antrag für eine ex-post Aufteilung (nur zulässig für Pflegedienste aus dem Behindertenbereich)

Ein neuer Aufteilungsplan ist mit einzureichen. Dieser muss vom Antragsteller und vom Pflegedienst unterschrieben sein. Der medizinische Bericht (R20) ist nicht erforderlich.

6. Bitte diesen Abschnitt ausfüllen falls der Antragsteller handlungsunfähig ist oder unter Vormundschaft steht. Bitte eine Kopie des gerichtlichen Urteils beilegen.

Es handelt sich um eine

- Vormundschaft
 rechtliche Pflegschaft (Kuratel)
 rechtliche Betreuung

Angaben zum Vormund oder Betreuer (Kurator)

Sozialversicherungsnummer

Name

Vorname

Telefonnummer(n)

Für den Antragsteller eröffnetes Bankkonto

Bankkonto : IBAN Nr

Falls ausländische Bank: BIC-Code

7. Zusätzliche Angaben

Pflegedienst der die häusliche Pflege erbringt

- Ja, Name des Pflegedienstes : _____
 Nein

Dieser Antrag ist in direktem Zusammenhang mit

- einem Arbeitsunfall oder Wegeunfall
 einer Berufskrankheit

Unfallnummer/Berufskrankheitsnummer
(z.B. U 2004/42356)

/ /
U oder L Jahr 5-stellige Nummer

Ort _____ Datum _____

Unterschrift des **Antragstellers / gesetzlichen Vertreters**

**Der Antrag ist vom Antragsteller oder vom gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben. **
Betreffend die Vormundschaft und die rechtliche Pflegschaft, füllen Sie bitte Punkt 6 des Antrags aus
und legen Sie bitte eine Kopie des gerichtlichen Urteils bei.**

Dieses Formular und das medizinische Gutachten (R20), sind ordnungsgemäß ausgefüllt und
unterzeichnet an folgende Adresse zu schicken:

**Caisse nationale de santé - Assurance Dépendance - B.P. 1023 L-1010 Luxembourg
oder
an die Fax-Nummer : (+352) 27 57- 4619**

**Bei bereits anerkannter Pflegebedürftigkeit, kann der Antrag sowohl von einem Familienangehörigen als auch vom Leistungserbringer (Pflegedienst, Pflegeheim, etc.) unterzeichnet werden

MEDIZINISCHES GUTACHTEN DES BEHANDELNDEN ARZTES IM RAHMEN EINES ANTRAGES AUF GEWÄHRUNG VON LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG (R20)

Angaben zum Antragsteller :

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

NAME

<input type="text"/>

VORNAME

<input type="text"/>

ICD10

➤ *Wenn möglich, geben Sie die aufzuführenden Pathologien mit dem ICD10-Code in dem entsprechenden Feld an*

1. AKTUELLE GESUNDHEITLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN

➤ *Das Ausfüllen der Zeilen 1.1., 1.2., oder 1.3 ist obligatorisch*

1.1. Ihr Patient befindet sich zum Zeitpunkt des R20-Antrages zu Hause oder in einem Alten- oder Pflegeheim

ICD10 ➤ *beschreiben Sie die Pathologie die dem Antrag zugrunde liegt*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

1.2. Ihr Patient befindet sich zum Zeitpunkt des R20-Antrages im Krankenhaus

ICD10 ➤ *beschreiben Sie die Pathologie die dem Krankenhausaufenthalt zugrunde liegt und gegebenenfalls, um welchen durchgeführten oder geplanten operativen Eingriff es sich handelt mit Angabe des Datums*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

1.3. Ihr Patient befindet sich zum Zeitpunkt des R20-Antrages in einer Reha-Einrichtung

ICD10 ➤ *beschreiben Sie die Pathologie, die der Rehabilitation zugrunde liegt und geben Sie die voraussichtliche Dauer der Rehabilitation an*

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

2.	MEDZINISCH-CHIRURGISCHE VORGESCHICHTE ➤ Füllen Sie die entsprechenden Zeilen aus
2.1.	Ihr Patient befand sich in den vergangenen 3 Monaten im Krankenhaus
ICD10	➤ <i>beschreiben sie die Pathologie(n) die dem Krankenhausaufenthalt zugrunde lagen</i>
2.2.	Ihr Patient zeigt kognitive Beeinträchtigungen
ICD10	➤ <i>beschreiben Sie diese Pathologie(n)</i>
2.3.	Ihr Patient zeigt motorische Beeinträchtigungen
ICD10	➤ <i>beschreiben Sie diese Pathologie(n)</i>

2.4.	Weitere Pathologien
ICD10	➤ <i>beschreiben Sie die weiteren Pathologien der medizinisch-chirurgischen Vorgeschichte</i>

3.	BEEINTRÄCHTIGUNG DER AUTONOMIE ➤ <i>Das Ausfüllen dieser Zeile ist obligatorisch</i>
3.1.	Beschreiben Sie in welchem Maße die unter 1. und 2. aufgeführten Pathologien die Autonomie des Patienten in den Aktivitäten des täglichen Lebens momentan regelmäßig beeinträchtigen
	➤ Körperpflege (<i>wie sich waschen, zur Toilette gehen, seine Intimpflege verrichten,...</i>)
	➤ Ernährung (<i>wie essen und trinken einer zubereiteten Mahlzeit,...</i>)
	➤ Mobilität (<i>wie sich anziehen, sich ausziehen, gehen, aufstehen,...</i>)
3.2.	Beschreiben Sie in welchem Maße die unter 1. und 2. aufgeführten Pathologien die Autonomie des Patienten momentan regelmäßig in anderen Bereichen beeinträchtigen
	➤ Andere Bereiche (<i>wie den Haushalt führen, Einkäufe erledigen, seinen Alltag strukturieren,...</i>)

3.3.

Geben Sie an, wie lange diese Pflegebedürftigkeit voraussichtlich andauert

mehr als 6 Monate

weniger als 6 Monate

Zustand ist irreversibel

4.

TECHNISCHE HILFSMITTEL UND WOHNRAUMANPASSUNG

- Beschreiben Sie die technischen Hilfsmittel und/oder Wohnraumanpassungen, die momentan medizinisch indiziert und auch tatsächlich vom Patienten erwünscht sind
- Vermerken Sie weder bereits zur Verfügung stehende technische Hilfsmittel oder Wohnraumanpassungen noch eventuell zukünftig benötigte

➤ Wenn bekannt bitte Körpermaße angeben

Größe :

Gewicht :

5.

LANGZEITTHERAPIE

- Das Ausfüllen dieser Zeile ist obligatorisch

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes obligatorisch

Bitte nachstehende Honorarrechnung ausfüllen und dem Antragsteller zusammen mit dem Bericht in einem geschlossenen Umschlag aushändigen oder an folgende Adresse schicken :

Assurance Dépendance
125, route d'Esch
L-1471 LUXEMBOURG

HONORARRECHNUNG

➤ Datum, Unterschrift und Stempel sind für eine Abrechnung zwingend erforderlich

N^o: _____

Arztnummer : _____

➤ (falls nicht auf dem Stempel vermerkt)

Unterschrift und Stempel des Arztes

Zu
begutachtende
Person

Name :

Vorname :

Sozialversicherungsnummer :

H	DATUM	TARIF CODE / BESCHREIBUNG/ BETREFF	ANZAHL	BETRAG
A	Ausstellungsdatum	R20 Medizinisches Gutachten des behandelnden Arztes im Rahmen eines Antrags auf Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung (nicht kumulierbar mit einer Sprechstunde oder Hausbesuch)	1	

Der Verwaltung vorbehalten VISA DER BEGUTACHTUNGSSTELLE

Eingangsdatum des Berichtes :

Freigabe für Abrechnung : JA NEIN

Luxemburg, den

Stempel/Unterschrift



INFORMATIONEN BEZÜGLICH DES ANTRAGS AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Wann soll ein Antrag auf Pflegeleistungen eingereicht werden ?

Sie können einen Antrag auf Pflegeleistungen einreichen, wenn Sie eine **erhebliche und regelmässige Hilfe und Pflege** von einer Pflegekraft oder einer anderen Person benötigen, um die Aktivitäten des täglichen Lebens auszuführen.

Die **Aktivitäten des täglichen Lebens** beinhalten die Hilfe und Pflege in folgenden Bereichen :

- die **Körperpflege**: sich waschen, die Begleitung zur Toilette;
- die **Ernährung** : essen und trinken ;
- die **Mobilität** : sich anziehen, sich ausziehen, aufstehen, hinlegen, sich in der Wohnung bewegen, die Wohnung verlassen und dorthin zurückkehren, Treppen auf- und absteigen.

Die Hilfestellung kann in einem der Bereiche oder in mehreren notwendig sein, in verschiedenen Formen :

- ganze oder teilweise Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens an Ihrer Stelle;
- Aufsicht oder Unterstützung, damit Sie die Aktivitäten des täglichen Lebens selbstständig durchführen können.

Der Hilfsbedarf muss voraussichtlich für mindestens **sechs Monate** bestehen bleiben oder **definitiv** sein. Die Pflegeversicherung tritt nicht ein, wenn Sie nur für kurze Zeit oder lediglich für die hauswirtschaftliche Versorgung Hilfe benötigen.

Was muss ich beachten wenn ich einen Antrag bei der Pflegeversicherung einreiche ?

**Der Antrag besteht aus 2 verschiedenen Dokumenten:
das Antragsformular und der Bericht des behandelnden Arztes (R20).**

Ihr Antrag ist komplett wenn beide Dokumente bei der Gesundheitskasse (CNS) eingegangen sind.

- Bei einem **Erstantrag**, müssen Sie das Antragsformular selbst unterzeichnen oder es kann von einem rechtlichen Vertreter oder einer anderen Person unterzeichnet werden, welche Sie vor dem Friedensgericht vertritt.
- Im Falle einer **Neubegutachtung** kann das Formular auch von einem Mitglied Ihrer Familie oder vom Pflegedienst unterzeichnet werden.
- Ihr behandelnde Arzt teilt der Pflegeversicherung Informationen bezüglich Ihres Gesundheitszustandes mit. Dieser **medizinischer Bericht (R20)** ist gratis für Sie: der Arzt wird direkt von der Pflegeversicherung bezahlt.

Der Antrag ist an folgende Adresse zu senden:

Caisse nationale de santé – Assurance dépendance, B.P. 1023, L-1010 Luxembourg.
Sie erhalten ebenfalls eine schriftliche Antragsbestätigung.

Wenn Sie als pflegebedürftig anerkannt werden, übernimmt die Pflegeversicherung die zugesprochenen Leistungen ab dem Datum des Antrags.

Was kann ich tun, wenn ich zu Hause wohne und dringend Hilfe benötige ?

Wenn sie dringend Hilfe und Pflege benötigen, können Sie unverzüglich einen Pflegedienst oder eine Pflegeeinrichtung Ihrer Wahl ansprechen. Die Leistungserbringer können mit Ihnen zusammen einschätzen welche Hilfestellungen sie benötigen. Sie können Sie auch darüber informieren, welche Leistungen von der Pflegeversicherung übernommen werden, wenn sie als pflegebedürftige Person anerkannt werden.

Welche Kontaktadressen gibt es, falls ich weitere Informationen benötige ?

Unser **telefonischer Bereitschaftsdienst** steht Ihnen zur Verfügung:

- Telefonnummer : 247-86060
- Montags bis freitags von 9 bis 11 Uhr und von 14 bis 16 Uhr

Sie können uns ebenfalls erreichen per:

- e-mail : secretariat@igss.etat.lu
- Faxnummer : 247-86061
- Briefadresse : Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance (CEO)
125, route d'Esch L-2974 Luxembourg.

Wir laden Sie ebenfalls ein, unsere Internetseite **www.mss.public.lu** zu besuchen. Hier stehen Ihnen weitere Informationen zur Verfügung. Auf Anfrage können wir Ihnen auch Informationsmaterial zusenden.

Was tun, wenn ich dringend technische Hilfsmittel oder eine Anpassung der Wohnung benötige ?

Falls Sie diesbezüglich Informationen benötigen , dann können Sie die **Helpline CEO** anrufen.

- Telefonnummer : 247-86040
- Montags und freitags von 8.30 bis 11.30 Uhr und von 14 bis 17 Uhr
- Mittwochs von 14 bis 17 Uhr

WICHTIG: Technische Hilfsmittel (Rollstuhl, Krankenhausbett...) sowie Anpassung der Wohnung werden von der Pflegeversicherung nur gezahlt, wenn sie vorher von der CEO genehmigt wurden. Falls technische Hilfsmittel ohne vorherige Genehmigung gekauft wurden oder Umbauarbeiten bereits vorgenommen wurden, gibt es laut Gesetz keine Rückerstattung dieser Kosten.

Nützliche Adressen

- **Ministère de la Famille et de l'Intégration**
Senioren-Telefon : 247-86000 / www.luxsenior.lu
Informationen betreffend das Angebot von Strukturen für ältere Menschen.
- **Fonds national de solidarité (FNS)**
8-10, rue de la Fonderie B.P. 2411 L-1024 Luxembourg
tél. : 491081-1 / www.fns.lu
Informationen über eine mögliche Beteiligung der Unterhaltskosten in einer Pflegeeinrichtung.
- **Info Handicap**
tél : 366 466 / www.info-handicap.lu
Informationszentrum bezüglich aller Fragen in Verbindung mit einer Behinderung.