

Es werden folgende Pflegeleistungen/Pflegegeldleistungen bezogen:

- | | |
|--|------------|
| 1. Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII (Sozialgesetzbuch XII) | Euro _____ |
| 2. Blindenhilfe nach dem SGB XII | Euro _____ |
| 3. Pflegezulage nach dem BVG (Bundesversorgungsgesetz) und
nebenrechtliche Bestimmungen (z. B. Soldatenversorgungsgesetz) | Euro _____ |
| 4. Pflegezulage nach dem LAG (Lastenausgleichsgesetz) | Euro _____ |
| 5. Pflegezulage nach dem BEG (Bundesentschädigungsgesetz) | Euro _____ |
| 6. Pflegeleistungen/-geldleistungen der Pflegekasse nach dem SGB XI | Euro _____ |
| 7. Pflegeleistungen/-geldleistungen auf privatrechtlicher Grundlage
(z. B. Versicherungen): Name, Anschrift
_____ | Euro _____ |
| 8. Beihilfeanspruch/Beamtenrecht: Name, Anschrift
_____ | Euro _____ |
| 9. Sonstige Pflegegeldleistungen/Pflegeleistungen
_____ | Euro _____ |

Ein Antrag auf Zahlung von Pflegegeld/Pflegezulage/Sachleistungen/Beihilfe
wurde () gestellt / () entschieden am _____
bei / durch _____ Az.: _____

Werden Leistungen nach dem BVG (Bundesversorgungsgesetz) bezogen? () ja
(Kriegsbeschädigter/Kriegerwitwe) () nein
falls ja – vom Versorgungsamt _____ Grundrente Euro _____
Grundlisten-Nr. _____ Elternrente Euro _____

Sind Kinder durch Kriegseinwirkung gefallen oder vermisst?
() ja / wo ? / () nein
Name: _____ geb. am: _____

Die Überweisungen des Landesblindengeldes erbitte ich auf das
Kto. _____ bei _____ BLZ _____
Kontoinhaber: _____

Ich versichere, vorstehende Angaben **vollständig und wahrheitsgemäß** gemacht zu haben.
Ich werde

- a) jede Änderung der Umstände, die für die Leistung des Blindengeldes maßgebend sind, der Bewilligungsbehörde **unverzüglich und unaufgefordert** mitteilen. Dies gilt insbesondere für anrechenbare Pflegegeldleistungen oder die Aufnahme in Anstalten, Heimen und gleichartigen Einrichtungen sowie teilstationäre Einrichtungen oder den Wegzug von Koblenz;
- b) überzahlte Beträge erstatten, insbesondere, wenn die nach Buchstabe a) genannte Mitteilungspflicht nicht beachtet wurde.

Ort, Datum _____ gesetzlicher Vertreter / Unterschrift _____

Verfügung: (nur von der Behörde auszufüllen)

1. Versorgungs-/Arztärztliches Gutachten angefordert am _____
2. Wvl. – nach Eingang _____

Im Auftrag:

Schweigepflichtentbindungserklärung

in Zusammenhang mit ärztlichen Untersuchungen
in Sozialhilfe-, Landespflegegeld- und Landesblindengeldangelegenheiten

sowie Leistungsauskünften Ihrer Pflegekasse und Beihilfestelle zum Pflegeversicherungsgesetz (PVG)

Hinweis:

Da die Entscheidung über die Leistung von Sozialhilfe/Landespflegegeld/Landesblindengeld von Ihrem Gesundheitszustand abhängt, benötigen wir ein ärztliches Gutachten des Gesundheitsamtes/Amt für soziale Angelegenheiten (früher: Versorgungsamt). Das Gutachten muss die für die Entscheidung notwendigen Angaben enthalten. Hierzu gehören – soweit dies im Einzelfall erforderlich ist – die Diagnose sowie eine Stellungnahme zu Umfang und Auswirkungen der gesundheitlichen Beeinträchtigungen bzw. Behinderungen. Daneben benötigen wir entsprechende Leistungsauskünfte Ihrer Pflegekasse und Beihilfestelle.

Aus datenschutzrechtlichen Gründen ist Ihre Einwilligung dazu erforderlich, dass

1. wir das Gesundheitsamt/Amt für soziale Angelegenheiten beauftragen, Sie ärztlich zu untersuchen,
2. das Gesundheitsamt/Amt für soziale Angelegenheiten uns das aufgrund der ärztlichen Untersuchung erstellte Gutachten zuleitet und
3. wir Leistungsauskünfte Ihrer Pflegekasse nach dem PVG sowie Ihrer Beihilfestelle erhalten
4. Landesblindengeldärzte.

Wir weisen darauf hin, dass wir berechtigt sind, die Leistung von Sozialhilfe/Landespflegegeld/Landesblindengeld abzulehnen bzw. zu entziehen, wenn und solange Sie sich weigern sollten, an einer zumutbaren Untersuchung mitzuwirken, wenn hierdurch die Aufklärung des Sachverhaltes erheblich erschwert wird oder Leistungsauskünfte Ihrer Pflegekasse von Ihnen verweigert werden.

Erklärung:

In Kenntnis der vorstehenden Hinweise erkläre ich mich damit einverstanden, dass die Stadtverwaltung Koblenz – Sozialamt – das Gesundheitsamt/Amt für soziale Angelegenheiten/ Landesblindengeldarzt mit der Durchführung einer ärztlichen Untersuchung beauftragt und dass das Gesundheitsamt/Amt für soziale Angelegenheiten das aufgrund der ärztlichen Untersuchung erstellte Gutachten der Stadtverwaltung Koblenz – Sozialamt – zuleitet.

Daneben erkläre ich mich einverstanden, dass meine Pflegekasse und Beihilfestelle Auskünfte und Schriftstücke bezüglich beantragter, bewilligter oder abgelehnter Pflegeleistungen nach dem PVG und den Beihilfevorschriften der Stadtverwaltung Koblenz – Sozialamt – zuleitet.

Koblenz, _____

Unterschrift/
ggfs. der gesetzlichen Vertreterin/
des gesetzlichen Vertreters

Damit über Ihren Antrag entschieden werden kann, ist u. U. ein Hausbesuch durch einen Arzt des Gesundheitsamtes/Amt für soziale Angelegenheiten notwendig. Um evtl. vergebliche Hausbesuche zu vermeiden, erbitten wir folgende Angaben:

Sind Sie ganztägig zu Hause erreichbar? ja / nein

Zwischen welchen Uhrzeiten sind Sie sonst erreichbar? _____ Uhr

Halten sich die pflegenden Personen unter der gleichen Adresse auf? ja / nein

Wenn nein, bitte Namen, Anschrift und Telefonnummer der Pflegeperson angeben:

Ist eine stationäre Krankenhausbehandlung oder Aufnahme in einem Heim vorgesehen?

ja / nein

Name und Anschrift des Arztes

() _____

Augenfachärztliche Bescheinigung

1. Personalien

Zuname/Geburtsname _____ Vorname _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

wohnhaft:

PLZ/Ort _____

Straße, Nr. _____

2. Erblindung

2.1 Liegt völlige Erblindung vor? () nein / () ja – seit? _____

2.2 Ursache der völligen Erblindung _____

3. Blind im Sinne von § 1 Abs. 2 und 3 LBlindenGG

3.1 Genaue Begründung des Augenleidens: (nach Art und Grad) _____

3.2 Seit wann besteht das Augenleiden? _____

3.3 Welche Behandlungsmaßnahmen wurden bisher durchgeführt? _____

3.4 Beträgt die Sehschärfe auf **dem besseren Auge** bei freiem Blickfeld

a) weniger als 1/50 der Norm () ja / () nein

b) liegen durch Abschnitt a) nicht erfasste, nicht nur vorübergehende Störungen des Sehvermögens von solchem Schweregrad vor, dass sie der Beeinträchtigung der Sehschärfe nach Abschnitt a) gleichzuachten sind? () ja / () nein

(Richtlinien der DOG, Klinisches Monatsblatt-Augenheilkunde, Bd. 167, Seite 341/42, 1975 siehe Rückseite)

4. Ist im normalen Lauf der Dinge eine Besserung des Augenleidens zu erwarten? () ja / () nein

wenn ja:

4.1 Welche Behandlungsmaßnahmen werden vorgeschlagen? _____

4.2 Wann ist eine Nachuntersuchung erforderlich? _____

5. Besondere Hinweise (z. B. für angezeigte sonstige Behandlung, für geeignete Erwerbsbefähigung, für den notwendigen Einsatz blindentechnischer Hilfsmittel und dergleichen) _____

6. Die Behinderungen liegen vor seit: (Monat/Jahr) _____

(Bei Bedarf Rückseite benutzen)

Unterschrift des behandelnden Arztes

Blindengeld

Eine der Herabsetzung der Sehschärfe auf 1/50 oder weniger vergleichbare Schädigung liegt vor:

1. **Bei einer konzentrischen Einengung des Gesichtsfeldes,** wenn bei einer Sehschärfe von 0,033 (1/35) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 30 Grad vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50 Grad unberücksichtigt.
2. **Bei einer konzentrischen Einengung des Gesichtsfeldes,** wenn bei einer Sehschärfe von 0,05 (1/20) oder weniger die Grenze des Restgesichtsfeldes in keiner Richtung mehr als 15 Grad vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50 Grad unberücksichtigt.
3. **Bei einer konzentrischen Einengung des Gesichtsfeldes,** auch bei normaler Sehschärfe, wenn die Grenze der Gesichtsfeldinsel in keiner Richtung mehr als 5 Grad vom Zentrum entfernt ist. Dabei bleiben Gesichtsfeldreste jenseits von 50 Grad unberücksichtigt.
4. **Bei großen Skotomen im zentralen Gesichtsfeldbereich,** wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und im 50 Grad Gesichtsfeld unterhalb des horizontalen Meridians mehr als die Hälfte ausgefallen ist.
5. **Bei homonymen Hemianopien** mit Verlust des zentralen Sehens beiderseits, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30 Grad Durchmesser besitzt.
6. **Bei bitemporalen Hemianopien** mit Verlust des zentralen Sehens beiderseits, wenn die Sehschärfe nicht mehr als 0,1 (1/10) beträgt und das erhaltene binokulare Gesichtsfeld in der Horizontalen nicht mehr als 30 Grad Durchmesser besitzt.

Der Beurteilung ist die Sehschärfe des besseren Auges und das binokulare Gesichtsfeld zugrunde zu legen. In Zweifelsfällen ist bei der Bewertung des Gesichtsfeldes diejenige Isoptere maßgebend, die mit einem Prüfpunkt von 320 ed/m² (1000 asb) Leuchtdichte und einem Durchmesser von 30 Grad) > gewonnen worden ist (am Perimeter nach Goldmann entspricht dies Marke III/4).

Die Ausmessung bzw. Abschätzung des blinden Bereichs in der unteren Gesichtsfeldhälfte bei Punkt 4 soll auf dem Perimeterformular und nicht in der Perimeterkugel geschehen.