



Ärztliches Gutachten des behandelnden Arztes im Rahmen eines Antrags auf Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung (R20)

Version 01-2024

Angaben zum Antragsteller

SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER	
NAME	
VORNAME	

Größe		Gewicht	
-------	--	---------	--

Die Angabe von Gewicht und Größe ist für die richtige Bearbeitung des Antrags Ihres Patienten unerlässlich.

1.	AKTUELLE GESUNDHEITLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN ➤ <i>Das Ausfüllen der Rubriken 1.1., 1.2., oder 1.3. ist obligatorisch</i>
1.1.	Ihr Patient befindet sich zum Zeitpunkt des Verfassens des R20 zu Hause oder in einer Hilfe- und Pflegeeinrichtung
ICD10	➤ <i>Beschreiben Sie die Erkrankung, die dem Antrag zugrunde liegt</i>
1.2.	Ihr Patient befindet sich zum Zeitpunkt des Verfassens des R20 stationär im Krankenhaus
ICD10	➤ <i>Beschreiben Sie die Erkrankung, die dem Krankenhausaufenthalt zugrunde liegt, und gegebenenfalls, um welchen durchgeführten oder geplanten operativen Eingriff es sich handelt (mit Angabe des Datums)</i>
1.3.	Ihr Patient befindet sich zum Zeitpunkt des R20-Antrages in einer Reha-Einrichtung
ICD10	➤ <i>Beschreiben Sie die Erkrankung, die der Rehabilitation zugrunde liegt und geben Sie die voraussichtliche Dauer der Rehabilitation an</i>

Je nachdem, wo sich Ihr Patient befindet, ist nur ein Feld auszufüllen:

- Häusliches Umfeld oder Einrichtung
- Krankenhaus
- Rehabilitationszentrum





2.	MEDIZINISCH-CHIRURGISCHE VORGESCHICHTE ➤ <i>Füllen Sie die entsprechenden Rubriken aus</i>
2.1.	Ihr Patient befand sich in den vergangenen 3 Monaten stationär im Krankenhaus
ICD10	➤ <i>Beschreiben Sie die Erkrankung(en), die dem Krankenhausaufenthalt zugrunde lag(en)</i>
2.2.	Ihr Patient zeigt kognitive Beeinträchtigungen
ICD10	➤ <i>Beschreiben Sie diese Erkrankung(en)</i>
2.3.	Ihr Patient zeigt motorische Beeinträchtigungen
ICD10	➤ <i>Beschreiben Sie diese Erkrankung(en)</i>
2.4.	Weitere Pathologien
ICD10	➤ <i>Beschreiben Sie die weiteren Erkrankungen der medizinisch-chirurgischen Vorgeschichte</i>



Anamnese Ihres Patienten





3.	BEEINTRÄCHTIGUNG DER AUTONOMIE ➤ <i>Das Ausfüllen der Rubriken 3.1. bis 3.4 ist obligatorisch</i>
3.1.	Beschreiben Sie, in welchem Maße die unter 1. und 2. aufgeführten Erkrankungen die Selbstständigkeit des Patienten in den Aktivitäten des täglichen Lebens zum jetzigen Zeitpunkt regelmäßig beeinträchtigen
	• Körperhygiene (Hilfe bei Körper- und Mundhygiene, Gesichtsrasur und -enthaarung, Menstruationshygiene)
	• Toilettengang (Hilfe beim Toilettengang, beim Wechseln des Stomabeutels, bei der Entleerung des Urinbeutels)
	• Ernährung (Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, bei der enteralen Ernährung)
	• An- und Auskleiden (Hilfe beim An- und Auskleiden, beim An- und Ablegen der Korrektur- und Hilfsmittel)
	• Mobilität (Hilfe bei den Transfers, der Fortbewegung, dem Aufsuchen und Verlassen der Wohnung, dem Wechsel zwischen verschiedenen Ebenen)
3.2.	Beschreiben Sie, in welchem Maße die unter 1. und 2. aufgeführten Erkrankungen die Selbstständigkeit des Patienten momentan regelmäßig in anderen Bereichen beeinträchtigen
	• Andere Bereiche (z.B. den Haushalt führen, seinen Alltag strukturieren)
3.3.	Geben Sie an, wie lange diese Pflegebedürftigkeit voraussichtlich andauert
	<input type="checkbox"/> mehr als 6 Monate <input type="checkbox"/> weniger als 6 Monate <input type="checkbox"/> Zustand ist irreversibel
3.4.	Geben Sie an, ob der Patient eine tägliche Harn- und/oder Stuhlinkontinenz aufweist
3.5.	Beschreiben Sie, gegebenenfalls, in welchem Maße der Gesundheitszustand des Patienten sich grundlegend verändert hat, sodass eine <u>Nachtwache</u> in seinem häuslichen Umfeld erforderlich ist

Hier ist uns
**Ihre Meinung
als Arzt**
in Bezug auf die
Selbstständigkeit Ihres
Patienten sehr wichtig.

Das Pflegepersonal sollte diese Rubrik nicht ausfüllen.

Die Meinung von paramedizinischen Fachkräften ist ebenfalls wertvoll, wird aber vom AEC-Begutachter bei der Bewertung der Bedürfnisse des Patienten eingeholt.



4.	TECHNISCHE HILFSMITTEL UND WOHNRAUMANPASSUNG ➤ Beschreiben Sie die technischen Hilfsmittel und/oder Wohnraumanpassungen, die zum jetzigen Zeitpunkt medizinisch indiziert und auch tatsächlich vom Patienten erwünscht sind ➤ Bitte vermerken Sie weder bereits zur Verfügung stehende technische Hilfsmittel / Wohnraumanpassungen noch eventuell zukünftig benötigte

5.	MEDIKAMENTÖSE LANGZEITTHERAPIE ➤ Das Ausfüllen dieser Rubrik ist obligatorisch

Datum (obligatorisch)	Unterschrift und Stempel des Arztes (obligatorisch)

Die Liste der übernommenen technischen Hilfsmittel kann in der Rubrik "Espace professionnels / Médecin traitant" auf www.assurance-dependance.lu eingesehen werden.

Für einen Patienten, der bereits in der Vergangenheit einen Antrag gestellt hat, ist es nicht notwendig, einen R20 für die alleinige Bestellung von Standard- Technischen Hilfsmitteln auszufüllen.

Bei den technischen Hilfsmitteln, die Sie in diesem Abschnitt erwähnen, wird die AEC vor der Zuweisung den Bedarf ermitteln und ggf. einen Probeversuch mit dem Patienten durchführen.

Das Datum und Ihre Unterschrift sind unbedingt erforderlich. Mit Ihrem Stempel ermöglichen Sie der AEC, Sie ordnungsgemäß als verfassenden Arzt zu identifizieren.

GUT ZU WISSEN

Wenn Sie Fragen zu technischen Hilfsmitteln, Wohnungsanpassung oder Autoanpassung haben, steht Ihnen unsere **Helpline Technische Hilfsmittel** zur Verfügung:

☎ 247-86040 - helpline.at.lo@ad.etat.lu

Mo-Fr von 8.30 bis 11.30 Uhr und von 13.30 bis 16.30 Uhr