

Der Verwaltung vorbehalten

## ANTRAG AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

**!** 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 Antrag

*Bitte kreuzen Sie das (oder die) entsprechende(n) Feld(er) an*

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

### 2. Angaben zum Antragsteller

Der Antragsteller ist jene Person, welche die Pflege benötigt. Die mit \* gekennzeichneten Felder sind Pflichtfelder.

\*Sozialversicherungsnummer

\*Name

Ehename

\*Vorname

\*Hausnummer und Straße

Stockwerk der Wohnung

\*Postleitzahl und Ort

\*Telefonnummer(n)

E-Mail-Adresse

Bankkonto des Antragstellers

IBAN :

Falls ausländische Bank

BIC Code :

### 3. Wohnort im Fall einer Abweichung von der legalen Adresse

*Nur ausfüllen wenn zutreffend*

\*Hausnummer und Straße

Stockwerk

\*Postleitzahl und Ort

### 4. Angaben zur Pflegeperson

*Nur ausfüllen wenn zutreffend*

Die Pflegeperson ist jene Person, die zur Hilfe und Pflege des Antragstellers beiträgt. Bei Abwesenheit, bitte eine Person angeben die eine gute Kenntnis der Situation besitzt.

\*Sozialversicherungsnummer

\*Name

\*Vorname

Hausnummer und Straße

Postleitzahl und Ort

\*Telefonnummer(n)

E-Mail-Adresse

Verhältnis zum Antragsteller

**5. Nur ausfüllen falls der Antragsteller handlungsunfähig ist oder unter Vormundschaft steht.***Bitte eine Kopie des gerichtlichen Urteils beilegen*

Vormundschaft

rechtliche Pflegschaft (Kuratel)

rechtliche Betreuung

**Angaben zum Vormund oder Betreuer (Kurator)**Sozialversicherungsnummer 

Name

Vorname

Telefonnummer(n)

**Für den Antragsteller eröffnetes Bankkonto**IBAN : 

Falls ausländische Bank

BIC Code : **6. Pflegedienst der die häusliche Pflege erbringt***Nur ausfüllen wenn zutreffend*

Nein

Ja

Name des Pflegedienstes :

**7. Arbeitsunfall - Berufskrankheit**

Dieser Antrag ist in direktem Zusammenhang mit

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

einem anerkannten Arbeits- oder Wegeunfall

U oder L

Jahr

5-stellige Nummer

einer anerkannten Berufskrankheit

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des **Antragstellers / gesetzlichen Vertreters****Der Antrag ist vom Antragsteller oder seinem gesetzlichen Vertreter zu unterschreiben.**

Im Falle eines Antrags zur Anpassung bestehender Leistungen, kann der Antrag auch durch ein Familienmitglied oder einen Mitarbeiter des Pflegedienstes unterschrieben werden.

**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

**INFORMATIONEN BETREFFEND DEN DATENSCHUTZ**

Die CNS, verantwortlich für die Verarbeitung der persönlichen Daten, informiert Sie, dass die gesammelten Daten zur Bearbeitung Ihres Antrags auf Leistungen der Pflegeversicherung genutzt werden. In Ausführung des Gesetzes vom 2. August 2002 zum Schutz personenbezogener Daten bei der Datenverarbeitung haben Sie das Recht auf Auskunft und gegebenenfalls auf Berichtigung der Sie betreffenden Daten. Die CNS, verantwortlich für die Verarbeitung der persönlichen Daten, kann, in Ausführung der gesetzlichen Bestimmungen, die Daten an die « Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance », die « Inspection générale de la Sécurité sociale », die Ministerien und Verwaltungen der Sozialen Sicherheit, der Gesundheit und der Familie, weitergeben.

Es wird darauf hingewiesen, dass das Dokument « *synthèse de prise en charge* » gegebenenfalls an Ihren Pflegeleistungserbringer übermittelt wird (gemäß dem modifizierten Großherzoglichen Erlass « *du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance* »). Es beinhaltet die Kontaktdaten des Antragstellers, die übernommenen Pflegeleistungen und die Daten betreffend die Identität und den Kompetenzbereich der Pflegeperson.

## Medizinisches Gutachten des behandelnden Arztes im Rahmen eines Antrages auf Gewährung von Leistungen der Pflegeversicherung (R20)

2018\_R20\_v01.00

### Angaben zum Antragsteller :

<b>SOZIALVERSICHERUNGSNUMMER</b>	
<b>NAME</b>	
<b>VORNAME</b>	

<b>Größe :</b>		<b>Gewicht :</b>	
----------------	--	------------------	--

<b>1.</b>	<b>AKTUELLE GESUNDHEITLICHE BEEINTRÄCHTIGUNGEN</b>
	➤ <i>Das Ausfüllen der Rubriken 1.1., 1.2., oder 1.3. ist obligatorisch</i>
<b>1.1.</b>	<b>Ihr Patient befindet sich zum Zeitpunkt des R20-Antrages zu Hause oder in einem Alten- oder Pflegeheim</b>
<b>ICD10</b>	➤ <i>Beschreiben Sie die Pathologie die dem Antrag zugrunde liegt.</i>
<b>1.2.</b>	<b>Ihr Patient befindet sich zum Zeitpunkt des R20-Antrages stationär im Krankenhaus</b>
<b>ICD10</b>	➤ <i>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</i>
<b>1.3.</b>	<b>Ihr Patient befindet sich zum Zeitpunkt des R20-Antrages in einer Reha-Einrichtung</b>
<b>ICD10</b>	➤ <i>Beschreiben Sie die Pathologie, die der Rehabilitation zugrunde liegt und geben Sie die voraussichtliche Dauer der Rehabilitation an</i>

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

<b>3.</b>	<b>BEEINTRÄCHTIGUNG DER AUTONOMIE</b>	
	➤ Das Ausfüllen der Rubriken 3.1. bis 3.4. ist obligatorisch	
<b>3.1.</b>	Beschreiben Sie in welchem Maße die unter 1. und 2. aufgeführten Pathologien die Selbstständigkeit des Patienten in den Aktivitäten des täglichen Lebens zum jetzigen Zeitpunkt regelmäßig beeinträchtigen	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Körperhygiene</b> (Hilfe bei der Körper- und Mundhygiene, der Gesichtsrasur, der Menstruationshygiene)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Toilettengang</b> (Hilfe beim Toilettengang, Wechseln des Stoma Beutels oder Entleerung des Urinbeutels)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Ernährung</b> (Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, der enteralen Ernährung)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>An- und Auskleiden</b> (Hilfe beim An- und Auskleiden, An- und Ablegen der Korrektur- und Hilfsmittel)</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Mobilität</b> (Hilfe bei Transfers, Fortbewegung, Aufsuchen und Verlassen der Wohnung, Wechsel zwischen verschiedenen Ebenen)</li> </ul>	
<b>3.2.</b>	Beschreiben Sie in welchem Maße die unter 1. und 2. aufgeführten Pathologien die Selbstständigkeit des Patienten momentan regelmäßig in anderen Bereichen beeinträchtigen	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <b>Andere</b> Bereiche (z.B. den Haushalt führen, seinen Alltag strukturieren)</li> </ul>	
<b>3.3.</b>	<b>Geben Sie an, wie lange diese Pflegebedürftigkeit voraussichtlich andauert :</b>	
	mehr als 6 Monate	weniger als 6 Monate
		Zustand ist irreversibel
<b>3.4.</b>	<b>Geben Sie an, ob der Patient eine tägliche Harn- und/oder Stuhlinkontinenz aufweist :</b>	
<b>3.5.</b>	Beschreiben Sie, gegebenenfalls, in welchem Maße der Gesundheitszustand des Patienten sich grundlegend verändert hat, so daß eine Nachtwache in seinem häuslichen Umfeld erforderlich ist.	

**4.**

**TECHNISCHE HILFSMITTEL UND WOHNRAUMANPASSUNG**

- *Beschreiben Sie die technischen Hilfsmittel und/oder Wohnraumanpassungen, die zum jetzigen Zeitpunkt medizinisch indiziert sind und auch tatsächlich vom Patienten erwünscht.*
- *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)**

--	--

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

**Assurance Dépendance**  
**B.P. 1023**  
**L-1010 LUXEMBOURG**

2018\_R20\_v01.00

**HONORARRECHNUNG**

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

<b>N°:</b>	
Arztnummer :	
➤ (falls nicht auf dem Stempel vermerkt)	Unterschrift und Stempel des Arztes

<b>Zu begutachtende Person</b>	Name :																				
	Vorname :																				
	Sozialversicherungsnummer :	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																			

H	DATUM	TARIF CODE / BESCHREIBUNG / BETREFF	ANZAHL	BETRAG
<b>A</b>	Ausstellungsdatum des Gutachtens	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 <b>VISA DER ADMINISTRATION D'EVALUATION ET DE CONTROLE (AEC)</b>	
Eingangsdatum des medizinischen Berichts :	Freigabe für Abrechnung : JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/>
Luxemburg, den	Stempel / Unterschrift







## INFORMATIONEN BEZÜGLICH DES ANTRAGS AUF LEISTUNGEN DER PFLEGEVERSICHERUNG

Version 01-2018

### Wann sollte ein Antrag auf Pflegeleistungen eingereicht werden?

Sie können einen Antrag auf Pflegeleistungen einreichen, wenn Sie eine **erhebliche und regelmäßige Hilfe und Pflege** durch einen Pflegedienst und/oder eine Pflegeperson (Fachkraft, Familienangehöriger, Privatperson) benötigen, um die **Aktivitäten des täglichen Lebens** auszuführen. Der Hilfebedarf muss in Folge einer **körperlichen, psychischen, geistigen Krankheit oder Behinderung** auftreten.

Die **Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL)** beinhalten Hilfe und Pflege in folgenden Bereichen:

- **Körperhygiene**  
Hilfe bei der Körper- und Mundhygiene, der Gesichtsrasur oder Gesichtsenthaarung, der Menstruationshygiene,
- **Toilettengang**  
Hilfe beim Toilettengang, Wechseln des Stoma Beutels oder Entleerung des Urinbeutels,
- **Ernährung**  
Hilfe bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, der enteralen Ernährung,
- **An- und Auskleiden**  
Hilfe beim An- und Auskleiden, An- und Ablegen der Korrektur- und Hilfsmittel,
- **Mobilität**  
Hilfe bei Transfers, Fortbewegung, Aufsuchen und Verlassen der Wohnung/Einrichtung, Wechsel zwischen verschiedenen Ebenen.

Die Hilfestellung kann in einem oder mehreren Bereichen notwendig sein und verschiedene Formen aufweisen:

- ganze oder teilweise Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens an Ihrer Stelle;
- Beaufsichtigung oder Unterstützung bei der Verrichtung der Aktivitäten des täglichen Lebens.

**Die Hilfestellung muss erheblich sein:** der Hilfebedarf in den ATL muss mindestens 3,5 Stunden pro Woche betragen (Mindestbedarf).

**Der Hilfebedarf muss langfristig sein:** er muss voraussichtlich für mindestens sechs Monate bestehen oder irreversibel sein.

Laut Gesetz tritt die Pflegeversicherung nicht ein, wenn Sie nur für eine kurze Zeit oder lediglich für die hauswirtschaftlichen Tätigkeiten oder die Zubereitung der Mahlzeiten Hilfe benötigen.

Ein Antrag bei der Pflegeversicherung kann auch ausschließlich für **technische Hilfsmittel**, eine **Anpassung des Autos oder der Wohnung** gestellt werden.

### Was muss beachtet werden bei der Einreichung des Antrags ?

**Der Antrag** besteht aus **dem Antragsformular, das Sie selbst ausfüllen UND dem Bericht Ihres behandelnden Arztes (R20)**. Ihr Antrag ist komplett, wenn **beide Dokumente** bei der Gesundheitskasse (CNS) eingegangen sind.

**Der Antrag ist an folgende Adresse zu senden:**

Caisse nationale de santé (CNS) – Assurance dépendance, B.P. 1023, L- 1010 Luxembourg

Sie erhalten eine **schriftliche Antragsbestätigung**. Der medizinische Bericht (R20) ist für Sie kostenfrei: der Arzt wird direkt von der Pflegeversicherung bezahlt.

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

Wenn Sie dringend Hilfe und Pflege benötigen, können Sie einen Pflegedienst oder eine Pflegeeinrichtung Ihrer Wahl ansprechen um die Modalitäten der Inanspruchnahme zu besprechen.

Falls Sie von der „Administration d'évaluation et de contrôle“ (AEC) der Pflegeversicherung als pflegebedürftig anerkannt werden, können die Kosten der erbrachten Hilfe- und Pflegeleistungen (Sachleistungen) von der Pflegeversicherung übernommen werden, rückwirkend auf das offizielle Antragsdatum.

### Welche Kontaktadressen gibt es, falls ich weitere Informationen benötige?

#### HELPLINE SEKRETARIAT DER AEC : 247-86060

Montags bis freitags von 9 bis 11 Uhr und von 14 bis 16 Uhr

- E-Mail : [secretariat@ad.etat.lu](mailto:secretariat@ad.etat.lu)
- Fax-Nummer : 247-86061
- Internet : [www.mss.public.lu](http://www.mss.public.lu)

Briefadresse : Administration d'évaluation et de contrôle (AEC) de l'assurance dépendance  
125, route d'Esch - L-2974 Luxembourg

Auf Anfrage können wir Ihnen auch Informationsmaterial zusenden.

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

#### HELPLINE „TECHNISCHE HILFSMITTEL“ DER AEC : 247-86040

Montag – Dienstag – Donnerstag – Freitag von 08:30 bis 11:30 Uhr  
Mittwoch von 13:30 bis 17:00 Uhr

**WICHTIG:** Technische Hilfsmittel (Rollstuhl, Krankenhausbett...) sowie Anpassung der Wohnung werden von der Pflegeversicherung nur gezahlt, wenn sie vorher durch die AEC genehmigt wurden. Falls Sie auf eigene Initiative technische Hilfsmittel gekauft oder Anpassungen in die Wege geleitet haben, **kann laut Gesetz keine Zurückerstattung der Kosten erfolgen**.

### Nützliche Adressen

#### MINISTÈRE DE LA FAMILLE ET DE L'INTÉGRATION

**Senioren-Telefon** : 247-86000 / [www.luxsenior.lu](http://www.luxsenior.lu)

Informationsdienst für Senioren / Liste mit dem Angebot aller Strukturen für ältere Menschen

#### FONDS NATIONAL DE SOLIDARITÉ (FNS)

8-10, rue de la Fonderie - B.P. 2411 - L-1024 Luxembourg

Tel. 491081-1 / [www.fns.lu](http://www.fns.lu)

Informationen über eine mögliche Bezuschussung der Unterkunftskosten in einer Pflegeeinrichtung

#### INFO HANDICAP

Tel. 366 466/ [www.info-handicap.lu](http://www.info-handicap.lu)

Informationszentrum bezüglich aller Fragen in Verbindung mit einer Behinderung

#### CENTRE COMMUN DE LA SECURITE SOCIALE

Tel. 40 141-1 / [www.ccss.lu](http://www.ccss.lu)

Pensionsversicherung der privaten Pflegeperson