



Landeshauptstadt Mainz  
Amt für soziale Leistungen  
Postfach 3620  
55026 Mainz

Fax 06131 06131 12-2954  
amt-fuer-soziale-leistungen@stadt.mainz.de



## Ärztliche Bescheinigung zum Antrag auf Leistungen nach dem Landespflegegeldgesetz (LPfGG)

Die Bescheinigung ist von einem Arzt bzw. einer Ärztin auszufüllen.

### Angaben zum Arzt/zur Ärztin

|  |     |   |
|--|-----|---|
| Name der Praxis  |     |   |
| Behandelnder Arzt bzw. Behandelnde Ärztin Familienname |     | Behandelnder Arzt bzw. Behandelnde Ärztin Vorname/n |
| Straße   Hausnummer                                    | PLZ | Ort   |

### Angaben zum Patienten/zur Patientin

|                     |     |           |              |
|---------------------|-----|-----------|--------------|
| Familiennamen       |     | Vorname/n | Geburtsdatum |
| Straße   Hausnummer | PLZ | Ort       |              |

### Es liegt folgende Beeinträchtigung vor (Diagnose)

|  |
|--|
|  |
|--|

### Beschreibung der Ausfallerscheinungen, die durch diese Beeinträchtigung auftreten

|  |
|--|
|  |
|--|

### Weitere Angaben

|  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Liegt ständige Bettlägerigkeit vor?                                    | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann die beeinträchtigte Person vorübergehend alleine gelassen werden? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann die Person zur Verrichtung der Notdurft das Bett verlassen?       | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Liegt Stuhl- oder/und Harninkontinenz vor?                             | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Die von mir gemachten Angaben sind richtig und vollständig.

Informationen zur Verwendung Ihrer Daten finden Sie unter [www.mainz.de/dsgvo](http://www.mainz.de/dsgvo).

Ort | Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin

Praxisstempel