
Name, Vorname

Versicherungsnummer

E 213 Einlegeblatt 4 PL

ERGÄNZENDE ANGABEN FÜR POLNISCHE TRÄGER

1. Auskünfte zu Nummer 4.10 „Neurologischer Befund“:

Muskeltonus: normal erhöht verringert
 normal verringert (Adynamie)

Beweglichkeit: _____

2. Ursache der Funktionsschädigung:

- Arbeitsunfall?
 Wegeunfall?
 Unfall unter besonderen Umständen?
 Dienstatunfall?

Unfallzeitpunkt: _____

Berufskrankheit?

Zeitpunkt des Ausbruchs der Berufskrankheit: _____

andere Umstände (bitte näher ausführen)?

3.1 Ist die untersuchte Person ständig oder langfristig auf die Hilfe anderer angewiesen?

- Nein Ja, in folgenden Bereichen:
 Mobilität zu Hause
 Zubereitung und Aufnahme von Mahlzeiten
 persönliche Hygiene
 Verrichtung von Körperfunktionen
 Bewältigung täglicher Verrichtungen außerhalb des Hauses

3.2 Ist der geistige Zustand der untersuchten Person Grund dafür, dass sie ständig oder langfristig der Hilfe anderer bedarf?

- Nein Ja, weil:

4. Auszufüllen bei geistiger oder psychischer Erkrankung der betreffenden Person

4.1 Weist die betreffende Person eine der folgenden Krankheiten oder Behinderungen auf, ist das entsprechende Kästchen anzukreuzen:

- Geistige oder psychische Erkrankungen (falls ja, welche?): _____
 Persönlichkeitsstörung beträchtlichen Ausmaßes
 Stark ausgeprägte Lernunfähigkeit
 Alkohol- oder Drogenmissbrauch
 Beeinträchtigung der Hirnfunktion infolge organischer Erkrankung oder Hirnverletzung

Falls ein Kästchen unter Ziffer 4.1 angekreuzt wurde, sind die Fragen 4.2 bis 4.6 zu beantworten.

Name, Vorname

Versicherungsnummer

E 213 Einlegeblatt 4 PL (Fortsetzung)

4.2 Haben sich bei der betreffenden Person in den letzten sechs Monaten paranoide Symptome, Wahnvorstellungen, Halluzinationen oder andere eindeutig psychotische Symptome/Verhaltensweisen manifestiert?

Ja Nein

4.3 Steht die Person unter Neuroleptika und/oder anderen Psychopharmaka, die oral oder als Depotinjektion verabreicht werden?

Ja Nein

4.4 Bedarf die Person wegen des unter 4.1 angekreuzten Zustandes ständiger Aufsicht oder Pflege?

Ja Nein

Wenn ja, wird ständige häusliche oder stationäre Aufsicht gestellt?

Häusliche Aufsicht Stationäre Aufsicht

4.5 Wird die Person an mindestens einem Tag der Woche in einer Tagesstätte (mit ständiger qualifizierter Pflege) betreut?

Ja Nein

4.6 Name und Anschrift des hinzugezogenen Psychiaters:

4.7 Bemerkungen, die bei der Bemessung des Schweregrads des geistigen oder seelischen Leidens hilfreich sein können, selbst wenn keines der Kästchen unter Nummer 4.1 angekreuzt wurde:

