

**Dokumentationsbogen/Einzelleistungsnachweis  
für Empfängerinnen und Empfänger von  
Pflegeergänzenden Leistungen (PEL)****Abrechnungszeitraum vom 01.01.2019 bis 30.06.2019**Lfd. Nr.:  (siehe Antrag, Seite 2)**1. Angaben zur Person**Name, Vorname:  Alter: Nationalität:  deutsch  andere Nationalität, welche 

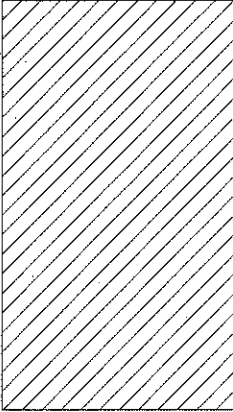
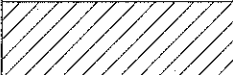
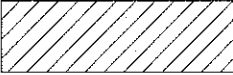
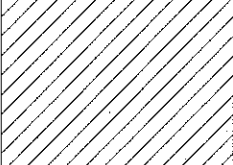
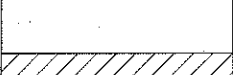
Rechtliche Betreuung für Gesundheitsvorsorge bzw. Vertretung gegenüber Behörden?

 nein ja (dann zwingend Unterschrift der rechtlichen Betreuung notwendig, siehe Rückseite)Pflegegrad:  1  2  3  4  5  beantragt  unterhalb Pflegegrad 1Werden Leistungen nach dem SGB V bezogen?  ja  neinWerden **neben** Leistungen der Pflege-/Krankenversicherung weitere gesetzliche Leistungenbezogen?\*  nein  ja, wenn ja, welche: **Bei Pflegegrad 4 und 5:**Wie viele Stunden täglich sind durch andere Kostenträger finanziert?   
(Krankenkasse, Pflegekasse und Sozialhilfeträger)Wohnsituation:  alleine  mit (Ehe-)Partner/in  mit anderen (WG)  Wohnen im Viertel

\* z. B.: Hilfe zur Pflege (§§ 61 bis 66 SGB XII), Eingliederungshilfe für Menschen mit Behinderung (§§ 53 bis 60 SGB XII)

## 2. Voraussetzung für die Inanspruchnahme von PEL

Die Einkünfte der anspruchsberechtigten Personen dürfen die Einkommensgrenze gem. § 53 Abgabordnung (AO) nicht überschreiten. Die Bemessungsgrenze liegt derzeit bei einem monatlichen Brutto-Einkommen in Höhe von 2.185,00 € bei alleinstehenden Personen und 3.320,00 € bei Ehepaaren.

<b>3. PEL-Leistungsbereiche</b>  Kein Eintrag möglich, wenn die Leistungen nach § 36 SGB XI abgerechnet werden können, z.B. für pflegerische Betreuungsmaßnahmen	<b>PEL-Stunden (jeweils mehr als 30 Minuten) *</b> <b>01.01.2019 bis 30.06.2019</b>
<b>I. Ziel: Unterstützung und Begleitung in der Sterbephase</b> <b>1.1 Sterbende Person</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Essen und Trinken an den Sterbeprozess anpassen.</li> <li>• Maßnahmen zur Vermeidung von Schmerzen bzw. Linderung von Beschwerden und Schmerzen auf nicht-medikamentöse Weise durchführen.</li> <li>• Palliative Behandlung und Versorgung mit allen Beteiligten inklusive des Einbezugs der Biografie abstimmen, ethische Fallbesprechung durchführen.</li> <li>• Ggf. die notwendige Unterstützung bei Klinikentlassung zum Sterben daheim organisieren.</li> <li>• Palliative Mundpflege, palliative Krankenbeobachtung (z.B. Haut, Übelkeit, Erbrechen, Obstipation, Diarrhoen, Tag/Nacht - Rhythmus), basale Stimulation (z.B. Einreibungen, Aromapflege) durchführen.</li> </ul>	
<b>1.2 Sterbende Person, pflegende Angehörige, Bezugspersonen, Betreuerinnen/Betreuer im Haushalt</b> Durchführen von psychosozialer Begleitung (z.B. Gesprächsbereitschaft signalisieren, Gespräche führen, Beistand leisten).	
<b>1.3 Unterstützung bei spirituellen Bedürfnissen</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rituale des entsprechenden Glaubens in die Pflege einbeziehen.</li> <li>• Kulturspezifische Rituale vorbereiten und ggf. durchführen, beten, für Ruhe sorgen, Musik und/oder Meditation anbieten.</li> </ul>	
<b>II. Ziel: Unterstützung nach Todeseintritt</b> Wenn der Tod in unmittelbarem Zusammenhang zur letzten pflegerischen Versorgung steht: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Das Umfeld würdevoll gestalten.</li> <li>• Auf die Ärztin/den Arzt wegen der Todesbescheinigung, ggf. ebenso wie auf den Bestatter warten.</li> <li>• Die verstorbene Person nach der ärztlichen Todesfeststellung versorgen.</li> </ul>	
<b>III. Ziel: Stabilisierung des Settings</b> Anleitung/Training zum Umgang mit neuen Hilfsmitteln im Pflege- und Betreuungsarrangement in den ersten zwei Monaten nach Ersteinweisung.	

\* Zeitangaben in Zahlen, nicht stricheln

## Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Ich willige ein, dass meine Kontaktdaten (Name, Vorname, Alter) gespeichert werden. Diese Daten werden ausschließlich zur Bearbeitung des Antrags auf Förderung von Pflegeergänzenden Leistungen genutzt. Meine Daten werden nicht an Dritte weitergegeben.

Meine Einwilligung ist **freiwillig**. Ich kann diese jederzeit für die Zukunft widerrufen. Die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Datenverarbeitung wird durch diesen nicht berührt. Meinen Widerruf kann ich z.B. an die Stelle richten, bei der ich die Erklärung abgegeben habe. Ohne meine Einwilligung kann mein Antrag nicht bearbeitet werden.

### Bitte beachten Sie nachfolgende Informationen zur Datenerhebung:

Verantwortlich für die Verarbeitung ist  
Landeshauptstadt München, Sozialreferat, Amt für Soziale Sicherung,  
Altenhilfe und Pflege, S-I-AP 4,  
Orleansplatz 11, 81667 München,  
[ap4.soz@muenchen.de](mailto:ap4.soz@muenchen.de),

Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten der Landeshauptstadt München:  
Behördlicher Datenschutzbeauftragten  
Burgstr 4  
80331 München  
e-Mail: [datenschutz@muenchen.de](mailto:datenschutz@muenchen.de)

Nach der Datenschutzgrundverordnung (DSGVO) stehen mir folgende Rechte zu (Art 15 ff. DSGVO): Das Recht auf Auskunft über die gespeicherten Daten (Art. 15 DSGVO), das Recht auf Berichtigung der Daten (Art 16 DSGVO), das Recht auf Löschung (Art 17 DSGVO), das Recht auf Einschränkung der Verarbeitung (Art 18 DSGVO), der Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art 21 DSGVO), das Recht auf Datenübertragbarkeit (Art 20 DSGVO), wenn die gesetzlichen Voraussetzungen dafür vorliegen. Weiterhin besteht ein Beschwerderecht beim Bayerischen Landesbeauftragten für den Datenschutz.

München, den

München, den

\_\_\_\_\_  
Unterschrift durch PEL-Empfänger/in bzw. Vertretung  
(z.B. Verwandtschaftsverhältnis, Betreuer, Bevollmächtigter)

\_\_\_\_\_  
Unterschrift u. Stempel d. ambulanten Pflegedienstes

Vollständiger Name in Druckbuchstaben und Erläuterung d. Vertretung

