



# Health Professional Assessment for Carer Payment Gesundheitsfachkraft-Gutachten für die Zahlung von Pflegegeld



Fill in this page only and sign on page 2, make an appointment for your partner and give this assessment to the health professional to complete.

Füllen Sie bitte nur diese Seite aus und unterschreiben Sie auf Seite 2. Vereinbaren Sie bitte für Ihre(n) Partner(in) einen Termin und lassen Sie den Fragebogen von der Gesundheitsfachkraft ergänzen.

**STEP 1 Your details**  
**SCHRITT 1 Ihre Angaben**

Title (e.g. Mr, Mrs, Miss, Ms, Dr)  
Anrede (z.B. Herr, Frau, Dr.)

Family name  
Familiennamen

First given name  
Erster Vorname

Other given name(s)  
Weitere(r) Vorname(n)

Date of birth  
Geburtsdatum

Contact phone number  
Telefonnummer

**STEP 2 Your partner's details**  
**SCHRITT 2 Angaben zu Ihrem(r) Partner(in)**

Title (e.g. Mr, Mrs, Miss, Ms, Dr)  
Anrede (z.B. Herr, Frau, Dr.)

Family name  
Familiennamen

First given name  
Erster Vorname

Other given name(s)  
Weitere(r) Vorname(n)

Date of birth  
Geburtsdatum

**STEP 3 IMPORTANT INFORMATION**  
**SCHRITT 3 WICHTIGE INFORMATIONEN**

**Privacy and your personal information**

Your personal information is protected by law (including the *Privacy Act 1988*) and is collected by the Australian Government Department of Human Services for the assessment and administration of payments and services. This information is required to process your application or claim.

Your information may be used by the department, or given to other parties where you have agreed to that, or where it is required or authorised by law (including for the purpose of research or conducting investigations).

You can get more information about the way in which the department will manage your personal information, including our privacy policy, at [humanservices.gov.au/privacy](http://humanservices.gov.au/privacy)

**Datenschutz und Ihre personenbezogenen Informationen**

Ihre personenbezogenen Informationen sind gesetzlich geschützt (u. a. durch das *Privacy Act 1988*) und werden vom Department of Human Services der australischen Bundesregierung zur Beurteilung und Verwaltung von Zahlungen und Leistungen erhoben. Diese Informationen sind zur Bearbeitung Ihres Antrags oder Anspruchs erforderlich.

Die Behörde kann Ihre Informationen verwenden oder an Dritte weitergeben, wenn Sie diesem Vorgehen zugestimmt haben oder es gesetzlich erforderlich oder zulässig ist (u. a. für Forschungs- oder Ermittlungszwecke).

Weitere Informationen darüber, wie die Behörde Ihre personenbezogenen Daten verwaltet wird, sowie über unsere Datenschutzrichtlinien erhalten Sie unter [humanservices.gov.au/privacy](http://humanservices.gov.au/privacy)

(continued) See next page  
(fortgesetzt) Siehe nächste Seite



CLK0AUS156ATa1806

(continued) Authorisation for release of medical details by **your partner**

(fortgesetzt) Einwilligung, dass medizinische Angaben **von Ihrem(r) Partner(in)** freigegeben werden

- I give permission for medical details and clinical notes about me to be supplied to the Australian Government Department of Human Services.
- I understand that the assessment will be used to assist in assessing a claim for Carer Payment by my partner and may need to be released to my partner by the Australian Government Department of Human Services.
- Ich willige ein, dass dem Department of Human Services der australischen Bundesregierung medizinische Angaben und klinische Daten über mich zur Verfügung gestellt werden.
- Ich verstehe, dass das Gutachten benutzt wird, um den Anspruch meines(r) Partners(in) auf das Pflegegeld zu beurteilen, und auch, dass es eventuell erforderlich sein wird, dass das Department of Human Services der australischen Bundesregierung ihm/ihr das Gutachten freigibt.

Partner's signature  
Unterschrift des  
Partners / der Partnerin



Date  
Datum

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	/

**STEP 4** Assessment completion  
**SCHRITT 4** Vorgangsweise beim Ausfüllen dieses Gutachtens

**Answer no more questions.**

**Give this assessment to the health care professional who treats your partner to complete.**

The health professional will probably prefer to complete this Health Professional Assessment after examining your partner to make sure the information provided is up to date. It is best if you let the health professional or receptionist know that you need a form completed when you make an appointment.

**Beantworten Sie keine weiteren Fragen.**

**Reichen Sie der Gesundheitsfachkraft diesen Fragebogen zum Ausfüllen, die Ihre(n) Partner(in) behandelt.**

Die Gesundheitsfachkraft wird wahrscheinlich vorziehen, dieses Gesundheitsfachkraft-Gutachten erst nach der Untersuchung Ihres(r) Partners(in) auszufüllen, um sicherstellen zu können, dass aktuelle Angaben vorgelegt werden. Sie sagen der Gesundheitsfachkraft oder der Sprechstundenhilfe besser gleich bei der Terminvereinbarung, dass ein Formular auszufüllen sei.

# Instructions for the health professional

## Anweisungen an die Gesundheitsfachkraft

---

### About Carer Payment

Carer Payment may be paid under Australian social security law to eligible people who personally provide constant care for a disabled adult on a daily basis in that person's home or in hospital.

### Zum Pflegegeld

Das Pflegegeld kann nach den Bestimmungen des australischen Sozialversicherungsgesetzes berechtigten Personen gezahlt werden, die persönlich einen pflegebedürftigen behinderten Erwachsenen täglich ständig betreuen, entweder bei diesem zu Hause oder im Krankenhaus.

### Why a health professional assessment is needed

The health professional assessment is needed to determine if the applicant meets the legislative requirements to be eligible for Carer Payment.

The information required for this purpose is:

- whether the person being cared for has a severe disability or handicap; and
- whether, as a result of that disability, the person needs personal care and attention or constant supervision on a daily basis; and
- whether the person is likely to need care and attention or constant supervision permanently or for an extended period (as a guide, more than 6 months unless the person has a terminal illness and expected to live for 3 months or less).

For Carer Payment purposes, 'personal care and attention' refers specifically to the assistance required with routine personal activities such as eating, dressing, hygiene or mobility, but not assistance with everyday domestic tasks such as housekeeping, gardening, shopping etc. The care would be required frequently each day and the carer will generally be unable to undertake full-time or substantial employment.

### Warum ein Gesundheitsfachkraft-Gutachten erforderlich ist

Das Gesundheitsfachkraft-Gutachten ist erforderlich, um zu beurteilen, ob der Bewerber die gesetzlichen Voraussetzungen erfüllt, um Anspruch auf das Pflegegeld zu haben.

Die zu diesem Zweck erforderlichen Angaben sind:

- ob die pflegebedürftige Person schwerbehindert ist oder ein Handicap aufweist; und
- ob als Folge dieser Behinderung die betroffene Person persönliche Betreuung und Pflege oder ständige Aufsicht täglich braucht; und
- ob die betroffene Person voraussichtlich dauernd oder über längere Zeit Betreuung und Pflege oder ständige Aufsicht brauchen wird (als Richtlinie länger als sechs Monate, es sei denn der Betroffene ist unheilbar krank und dass er voraussichtlich 3 Monate oder weniger überleben wird).

Hier bedeutet „persönliche Betreuung und Pflege“ spezifisch die für die täglichen persönlichen Verrichtungen erforderliche Hilfe (essen, sich anziehen, Hygiene oder Mobilität), nicht aber Hilfe bei alltäglichen häuslichen Pflichten (Haushalt führen, Garten bestellen, einkaufen usw). Diese Betreuung würde meistens jeden Tag erforderlich sein und der Betreuer wäre dadurch im Allgemeinen nicht imstande, einer Vollzeit- oder auch einer längeren Teilzeitbeschäftigung nachzugehen.

### **Assessing the level of disability**

The Department of Human Services will use the information provided by you (along with information from the applicant) to determine the person's ability to function independently.

This form is also used to assess cognitive impairment of the person receiving the care.

This is an oral test.

### **Beurteilung des Behinderungsgrads**

Das Department of Human Services wird die Informationen, die Sie zur Verfügung stellen (samt Auskünften vom Bewerber), dazu benutzen, um die Fähigkeit des Betroffenen zu beurteilen, unabhängig zu leben.

Dieses Formular wird auch dazu benutzt, um die kognitive/n Störung/en des Pflegebedürftigen zu beurteilen. Das wird mündlich geprüft.

---

### **Who CAN complete this assessment**

This assessment must be completed by a medical practitioner, registered nurse, occupational therapist or physiotherapist currently involved with the treatment of the person.

### **Wer DARF dieses Gutachten ausfüllen**

Dieses Gutachten muss von einem Arzt, von einer/einem staatlich anerkannten Krankenschwester/-pfleger, von einem Beschäftigungstherapeuten oder einem zurzeit an der Behandlung des Betroffenen beteiligten Physiotherapeuten ausgefüllt werden.

---

### **Who CANNOT complete this assessment**

This assessment cannot be completed by:

- the person claiming the payment;
- an immediate family member of the person claiming a payment; or
- an immediate family member of the person being cared for.

### **Wer DARF dieses Gutachten NICHT ausfüllen**

Dieses Gutachten darf nicht von

- dem Leistungsbewerber;
- einem Mitglied des engsten Familienkreises des Leistungsbewerbers; oder
- einem Mitglied des engsten Familienkreises des Pflegebedürftigen ausgefüllt werden.

---

**Please return this completed form to the carer.**

**Bitte dem Betreuer dieses ausgefüllte Formular zurückbringen.**

## About the person receiving care Zum Pflegebedürftigen

1 Does the person have physical, intellectual or psychiatric disabilities?  
Hat der Patient eine körperliche, geistige oder psychiatrische Behinderung?

physical  intellectual  psychiatric   
körperlich geistig psychiatrisch

2 condition result in the need for constant care on a daily basis to carry out routine personal activities?  
Ist als Folge dieser Behinderung / dieses Zustands ständige Betreuung täglich nötig, um alltägliche persönliche Verrichtungen zu ermöglichen?

NO   
Nein  
Yes   
Ja

3 Does the disability/medical condition result in the need for constant care on a daily basis because the person requiring care may be a risk to themselves or to another?  
Bedarf die Behinderung / der Zustand täglich der ständigen Betreuung, weil der Pflegebedürftige sonst sich oder andere gefährden könnte?

NO   
Nein  
Yes   
Ja

4 Does the disability/medical condition result in the need for constant care on a daily basis from more than one person?  
Ist als Folge der Behinderung / des Zustands ständige Betreuung durch mehr als einen Betreuer täglich notwendig?

NO   
Nein  
Yes   
Ja

5 Which of the following best describes this person's condition?  
 Welche Einstufung beschreibt am besten den Zustand des Betroffenen?

permanent dauernd

Is the person's overall condition likely to improve?  
 Wird sich der Allgemeinzustand des Betroffenen voraussichtlich verbessern?  
 No  Yes   
 Nein  Ja

temporary vorübergehend

For how long do you expect this person's condition to continue?  
 Wie lange wird dieser Zustand beim Betroffenen voraussichtlich bestehen?

12 months or more  Go to **Question 6** on page 6  
 12 Monate oder länger  Bitte weiter mit **Frage 6** auf Seite 6

6-11 months  Go to **Question 6** on page 6  
 6-11 Monate  Bitte weiter mit **Frage 6** auf Seite 6

less than 6 months  You do not have to complete any more  
 weniger als 6 Monate  medical details about this person.  
 Go to **Question 12** on page 15  
 Sie brauchen keine weiteren medizinischen  
 Angaben zu dieser Person machen.  
 Bitte weiter mit **Frage 12** auf Seite 15

terminal unheilbar

Is the person in the terminal phase of a terminal illness and not expected to live for more than 3 months?  
 Ist der Betroffene in der Endphase einer unheilbaren Krankheit? Wird er/sie voraussichtlich nicht länger als 3 Monate überleben?

No  Go to **Question 6** on page 6  
 Nein  Bitte weiter mit **Frage 6** auf Seite 6

Yes  What is the person's main condition?  
 Ja  Was ist der maßgebliche medizinische Zustand des Betroffenen?

*A legally qualified medical practitioner must certify this person's condition.  
 Der medizinische Zustand dieser Person muss von einem approbierten Arzt bescheinigt werden.*

Details of medical practitioner  
 Angaben zum Arzt

Name  
 Name

Professional qualifications  
 Berufliche Qualifikationen

Contact phone number  
 Telefonnummer

(  )

▶ You do not have to complete any more medical details about this person.  
 Go to **Question 12** on page 15  
 Sie brauchen keine weiteren medizinischen Angaben zu dieser Person machen.  
 Bitte weiter mit **Frage 12** auf Seite 15

6 Please indicate any condition(s) which you believe contributes significantly to the person's disability:  
**Kreuzen Sie bitte jeden medizinischen Zustand an, der Ihrer Meinung nach bedeutend zur Behinderung des Betroffenen beiträgt:**

- a Cardiovascular  
Kardiovaskulär**
- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Hypertension<br>Hypertonie                                 | <input type="checkbox"/> | OCS                      |
| Ischaemic heart disease<br>Ischämische Herzerkrankung      | <input type="checkbox"/> | CAD                      |
| Myocardial infarction<br>Myokardinfarkt                    | <input type="checkbox"/> | MYI                      |
| Peripheral vascular disease<br>Periphere Gefäßkrankheit    | <input type="checkbox"/> | PVD                      |
| Other (please specify)<br>Sonstiges (genaue Angaben bitte) | <input type="text"/>     | <input type="checkbox"/> |
- 
- b Musculo-Skeletal  
Muskuloskeletal**
- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Fracture<br>Bruch   | <input type="checkbox"/> | FRC                      |
| Joint replacement<br>Gelenkersatz   | <input type="checkbox"/> | OAR                      |
| Osteoarthritis<br>Osteoarthritis  | <input type="checkbox"/> | OST                      |
| Osteoporosis<br>Osteoporose   | <input type="checkbox"/> | OSO                      |
| Rheumatoid arthritis<br>Rheumatoidarthritis   | <input type="checkbox"/> | RHM                      |
| Malignancy of the musculo-skeletal system<br>Malignität des muskuloskeletalen Systems | <input type="checkbox"/> | BON                      |
| Other (please specify)<br>Sonstiges (genaue Angaben bitte)                            | <input type="text"/>     | <input type="checkbox"/> |

(continued) Please indicate any condition(s) which you believe contributes significantly to the person's disability:

(fortgesetzt) Kreuzen Sie bitte jeden medizinischen Zustand an, der Ihrer Meinung nach bedeutend zur Behinderung des Betroffenen beiträgt:

**c Neurological  
Neurologisch**

- |   |                          |     |
|---|--------------------------|-----|
| Behavioural disorder – Autism<br>Verhaltensstörung – Autismus   | <input type="checkbox"/> | AUT |
| Behavioural disorder – Attention Deficit Hyperactivity Disorder<br>Verhaltensstörung – Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) | <input type="checkbox"/> | ADD |
| Behavioural disorder – other (please specify)<br>Verhaltensstörung – Sonstiges (genaue Angaben bitte)                                       | <input type="checkbox"/> |     |
| Cerebral palsy<br>Zerebralparese  | <input type="checkbox"/> | CER |
| Cerebrovascular accident – aphasia<br>Zerebrovaskulärer Insult – Aphasie  | <input type="checkbox"/> | CLS |
| Cerebrovascular accident – hemiplegia<br>Zerebrovaskulärer Insult – Hemiplegie  | <input type="checkbox"/> | HPP |
| Dementia – Alzheimer's disease<br>Demenz – Alzheimer-Krankheit  | <input type="checkbox"/> | ALZ |
| Dementia – other<br>Demenz – Sonstiges  | <input type="checkbox"/> | SEN |
| Epilepsy – grand mal<br>Epilepsie – Grand mal   | <input type="checkbox"/> | EGM |
| Epilepsy – myoclonic<br>Epilepsie – Myoklonus   | <input type="checkbox"/> | EMY |
| Epilepsy – petit mal<br>Epilepsie – Petit mal   | <input type="checkbox"/> | EAS |
| Head injury, acquired brain injury<br>Kopfverletzung, erworbene Hirnschädigung  | <input type="checkbox"/> | TBI |
| Intellectual disability/mental retardation<br>Geistige Behinderung / geistige Unterentwicklung  | <input type="checkbox"/> | LIQ |
| Motor neurone disease<br>Motorneuronerkrankung  | <input type="checkbox"/> | MND |
| Multiple sclerosis<br>Multiple Sklerose   | <input type="checkbox"/> | MSC |
| Paralysis – Paraplegia<br>Paralyse – Paraplegie   | <input type="checkbox"/> | PRP |
| Paralysis – Quadriplegia<br>Paralyse – Quadriplegie   | <input type="checkbox"/> | QPP |
| Parkinson's disease<br>Parkinsonsche Krankheit  | <input type="checkbox"/> | PAR |
| Spina bifida<br>Spina bifida  | <input type="checkbox"/> | SPB |
| Huntington's chorea<br>Huntingtonsche Chorea  | <input type="checkbox"/> | HUN |
| Malignancy of the neurological system<br>Malignität des Nervensystems   | <input type="checkbox"/> | BRN |
| Other (please specify)<br>Andere (genaue Angaben bitte)   | <input type="checkbox"/> |     |



(continued) Please indicate any condition(s) which you believe contributes significantly to the person's disability:

(fortgesetzt) Kreuzen Sie bitte jeden medizinischen Zustand an, der Ihrer Meinung nach bedeutend zur Behinderung des Betroffenen beiträgt:

<b>d Psychiatric Psychiatrisch</b>	Anxiety disorders Angststörungen	<input type="checkbox"/>	ANX
	Mood disorders (including depression) Stimmungsschwankungen (inklusive depressiver Zustände)	<input type="checkbox"/>	DPN
	Schizophrenia Schizophrenie	<input type="checkbox"/>	SCH
	Other (please specify) Sonstiges (genaue Angaben bitte)	<input type="checkbox"/>	
<hr/>			
<b>e Respiratory Respiratorisch</b>	Asthma Asthma	<input type="checkbox"/>	AST
	Chronic airways disease – chronic bronchitis Chronische Atemwegserkrankung – chronische Bronchitis	<input type="checkbox"/>	BRO
	Chronic airways disease – emphysema Chronische Atemwegserkrankung – Emphysem	<input type="checkbox"/>	EMP
	Chronic airways disease – other (please specify) Chronische Atemwegserkrankung – Sonstiges (genaue Angaben bitte)	<input type="checkbox"/>	
	Malignancy of the respiratory system Malignität des respiratorischen Systems	<input type="checkbox"/>	LNG
	Other (please specify) Sonstiges (genaue Angaben bitte)	<input type="checkbox"/>	
<hr/>			
<b>f Sensory Sinnesstörungen</b>	Blindness Blindheit	<input type="checkbox"/>	BLB
	Blindness – cataracts Blindheit – Grauer Star	<input type="checkbox"/>	CAT
	Blindness – glaucoma Blindheit – Glaukom	<input type="checkbox"/>	GLA
	Deaf – blindness Taub	<input type="checkbox"/>	DFB
	Deafness or hearing disorder Hörstörung	<input type="checkbox"/>	CHL
	Other (please specify) Sonstiges (genaue Angaben bitte)	<input type="checkbox"/>	

(continued) Please indicate any condition(s) which you believe contributes significantly to the person's disability:

(fortgesetzt) Kreuzen Sie bitte jeden medizinischen Zustand an, der Ihrer Meinung nach bedeutend zur Behinderung des Betroffenen beiträgt:

- |   |   |                              |
|---|---|------------------------------|
| <b>g Other diseases/disorders</b><br><b>Andere Erkrankungen / Störungen</b> | Alcohol dependence<br>Alkoholabhängigkeit   | <input type="checkbox"/> ALC |
|   | Autoimmune disease (e.g. SLE)<br>Autoimmunkrankheit (z.B. SLE)  | <input type="checkbox"/> LPS |
|   | Blood disorder – haemophilia<br>Bluterkrankung – Hämophilie   | <input type="checkbox"/> HAE |
|   | Blood disorder – leukaemia<br>Bluterkrankung – Leukämie   | <input type="checkbox"/> ALK |
|   | Cystic fibrosis<br>Mukoviszidose  | <input type="checkbox"/> CYS |
|   | Diabetes mellitus – insulin dependent<br>Diabetes mellitus – insulinabhängiger                              | <input type="checkbox"/> IDD |
|   | Diabetes mellitus – non-insulin dependent<br>Diabetes mellitus – nicht-insulinpflichtiger                   | <input type="checkbox"/> NID |
|   | Drug dependence<br>Drogenabhängigkeit   | <input type="checkbox"/> DRG |
|   | HIV/AIDS<br>HIV/AIDS  | <input type="checkbox"/> HV4 |
|   | Malignancy (please specify)<br>Malignität (genaue Angaben bitte)  | <input type="checkbox"/>     |
|   | Renal failure<br>Niereninsuffizienz   | <input type="checkbox"/> KID |
|   | Other disorder not listed (please specify)<br>Andere, hier nicht aufgeführte Störung (genaue Angaben bitte) | <input type="checkbox"/>     |

Please give the codes for the two conditions at Question 6 (e.g. BRO) you believe most contribute to the person's level of disability:

If a code does not appear next to the appropriate condition, please initial the condition.

**Geben Sie bitte die Chiffren für die zwei Zustände unter Frage 6 (z.B. BRO) an, die Ihrer Meinung nach am meisten zum Behinderungsgrad des Betroffenen beitragen:**

Wenn keine Chiffre neben dem relevanten Zustand steht, paraphieren Sie bitte den Zustand in der Liste.

--	--	--	--	--	--	--	--

## Personal activities for daily living Tägliche persönliche Verrichtungen

**Personal activities for daily living**—This is an assessment of personal activities of daily living. For each function, please indicate which best describes the person receiving the care.

The information under each function should be used as a record of what the person does, NOT a record of what the person could do.

The main aim is to establish degree of independence from any help, physical or verbal, however minor and for whatever reason.

The need for supervision renders the person NOT independent.

A person's performance should be established using the best available evidence. Asking the person, friends/relatives and nurses will be the usual source, but direct observation and common sense are also important. However, direct testing is not needed.

Usually the performance over the preceding 24–48 hours is important, but occasionally longer periods will be relevant.

Middle categories imply that the person supplies more than 50% of the effort.

Use of aids to be independent is allowed.

*Source: Modified Barthel ADL Index, Standardised Assessment Scales for Elderly People. The Royal College of Physicians of London and the British Geriatric Society, 1992.*

**Tägliche persönliche Verrichtungen**—Das ist eine Einschätzung der persönlichen Verrichtungen des täglichen Lebens. Kreuzen Sie bitte für jede Funktion die Möglichkeit an, die den Zustand des Pflegebedürftigen am besten beschreibt.

Die Informationen zu jeder Funktion sollen darüber berichten, was der Betroffene schaffen kann, und NICHT darüber, was er schaffen könnte. Hauptziel ist es, den Grad der Unabhängigkeit von Hilfe jeder Art festzustellen, ob physische oder verbale, ungeachtet der geringfügigen Ausprägung und der Ursache.

Wenn Aufsicht nötig ist, ist der Betroffene damit NICHT unabhängig.

Die Leistungsfähigkeit einer Person sollte unter Verwendung der besten verfügbaren Evidenz festgestellt werden. Befragung des Betroffenen, dessen Freunde / Verwandten und des Krankenpflegepersonals ist die gewöhnliche Informationsquelle, aber direkte Beobachtung und der gesunde Menschenverstand sind auch wichtig. Es ist aber nicht notwendig, direkte Tests durchzuführen.

Gewöhnlich ist die Leistungsfähigkeit während der vorangehenden 24–48 Stunden wichtig, aber gelegentlich werden längere Zeiträume relevant sein.

Klassifikation in der mittleren Stufe bedeutet, dass jeweils mehr als 50% der Bemühungen vom Betroffenen geleistet werden.

Der Gebrauch von Hilfsmitteln, um unabhängig zu sein, ist erlaubt.

*Quelle: Modified Barthel ADL Index, Standardised Assessment Scales for Elderly People. The Royal College of Physicians of London und die British Geriatric Society, 1992.*

### Section A—day to day needs / Abschnitt A—tägliche Bedürfnisse

***It is in the customer's best interests that ALL parts of question 7 (a–j) are answered.***

***Es liegt im Interesse des Kunden, dass ALLE Teile von Frage 7 (a–j) beantwortet werden.***

**7 For each function, please tick the box which best describes the person receiving care:  
Kreuzen Sie bitte für jede Funktion die Möglichkeit an, die den Pflegebedürftigen am besten beschreibt:**

- |   |   |
|---|---|
| <p><b>a Bowels</b><br/>Assess preceding week. If needs enema, then incontinent.</p> <p><b>Stuhlgang</b><br/>In der vorangehenden Woche beurteilen.<br/>Wenn Einlauf nötig, dann inkontinent.</p>  | <p>Incontinent (or needs to be given enema) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> a</span><br/>Inkontinent (oder Einlauf nötig)</p> <hr/> <p>Occasional accident (once a week) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> b</span><br/>Gelegentlich passiert ein Unfall (einmal die Woche)</p> <hr/> <p>Continent <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> c</span><br/>Kontinent</p>                                |
| <p><b>b Bladder</b><br/>Assess preceding week. Occasional = less than once a day. A catheterised person who can completely manage the catheter alone is registered as 'continent'.</p> <p><b>Harnblase</b><br/>Während vorangehender Woche beurteilen.<br/>Gelegentlich = weniger als einmal pro Tag.<br/>Ein katheterisierter Patient, der mit dem Katheter völlig alleine zurecht kommt, wird als 'kontinent' eingestuft.</p> | <p>Incontinent or catheterised and unable to manage <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> a</span><br/>Inkontinent oder katheterisiert und kommt nicht zurecht</p> <hr/> <p>Occasional accident (once a week) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> b</span><br/>Gelegentlich passiert ein Unfall (einmal die Woche)</p> <hr/> <p>Continent <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> c</span><br/>Kontinent</p> |

(continued) For each function, please tick the box which best describes the person receiving care:  
 (fortgesetzt) Kreuzen Sie bitte für jede Funktion die Möglichkeit an, die den Pflegebedürftigen am besten beschreibt:

**c Grooming**

Assess preceding 24–48 hours. Refers to personal hygiene: doing teeth, fitting false teeth, doing hair, shaving, washing face. Implements can be provided by helper.

**Körperpflege**

Während vorangehender 24–48 Stunden beurteilen. Bezieht sich auf persönliche Hygiene: Zähne putzen, künstliches Gebiss einsetzen, sich kämmen, sich rasieren, sich das Gesicht waschen. Utensilien dürfen von Helfer bereitgestellt werden.

Needs help with personal care: face, hair, teeth  
 Braucht Hilfe mit Körperpflege: Gesicht, Haare, Zähne

 a

Independent (implements provided)  
 Unabhängig (Utensilien bereitgestellt)

 b

**d Toilet use**

Should be able to reach toilet/commode, undress sufficiently, clean self, dress and leave. With help = can wipe self, and could do some other of the above.

**Toilettenbenutzung**

Soll alleine die Toilette / den Nachtstuhl erreichen können, sich dann genügend ausziehen, sich reinigen, sich anziehen und weggehen können. Mit Hilfe = kann sich abwischen und könnte noch weiteres aus der obigen Liste verrichten.

Dependent  
 Abhängig

 a

Needs some help but can do some things alone  
 Braucht Hilfe aber kann einiges alleine machen

 b

Independent (on and off, wiping, dressing)  
 Unabhängig (hinsetzen und aufstehen, sich abwischen, sich anziehen)

 c

**e Feeding**

Able to eat any normal food (not only soft food). Food cooked and served by others, but not cut up. Help = food cut up, person feeds self.

**Ernährung**

Kann alle normalen Speisen essen (nicht nur leichte Kost). Lebensmittel werden von anderen gekocht und serviert aber nicht geschnitten bzw. zerteilt. Hilfe = Nahrungsmittel geschnitten bzw. zerteilt, Betroffener kann aber alleine essen.

Unable  
 Unfähig

 a

Needs help in cutting, spreading butter etc.  
 Braucht Hilfe beim Schneiden und Zerteilen, Brot mit Butter bestreichen usw.

 b

Independent (food provided within reach)  
 Unabhängige Ernährung (Das Essen in Reichweite bereitgestellt)

 c

**f Transfer**

From bed to chair and back. Unable = no sitting balance (unable to sit), two people to lift. Major help = one strong/skilled or two normal people. Can sit up. Minor help = one person easily, or needs any supervision for safety.

**Sich fortbewegen**

Vom Bett auf den Stuhl und zurück. Unfähig = kein Gleichgewicht im Sitzen (kann nicht sitzen). Zwei Personen zum Heben erforderlich. Erhebliche Hilfe = eine kräftige/qualifizierte Person oder zwei normale Personen. Kann sich aufsetzen. Geringere Hilfe = kann leicht von einer Person geholfen oder muss aus Sicherheitsgründen beaufsichtigt werden.

Unable – no sitting balance  
 Unfähig – kein Gleichgewicht im Sitzen.

 a

Major help (physical, one or two people), can sit  
 Erhebliche Hilfe (physische, von einer oder zwei Personen), kann aber sitzen

 b

Minor help (verbal or physical)  
 Geringere Hilfe (verbale oder physische)

 c

Independent  
 Unabhängig

 d

(continued) For each function, please tick the box which best describes the person receiving care:  
 (fortgesetzt) Kreuzen Sie bitte für jede Funktion die Möglichkeit an, die den Pflegebedürftigen am besten beschreibt:

<p><b>g Mobility</b>            Refers to mobility about house or indoors. May use aid. If in wheelchair, must negotiate corners/doors unaided. Help = by one untrained person, including supervision, moral support.</p> <p><b>Mobilität</b>            Bezieht sich auf Mobilität im Hause oder drinnen. Könnte Hilfsgerät benutzen. Eine rollstuhlgebundene Person muss Ecken/Türen ohne Hilfe bewältigen können. Hilfe = von einer unausgebildeten Person, inklusive Aufsicht, moralischer Unterstützung.</p>	<p>Immobile <input type="checkbox"/> a            Kann sich nicht fortbewegen</p> <hr/> <p>Wheelchair independent, including corners etc. (i.e. uses wheelchair without assistance) <input type="checkbox"/> b            Im Rollstuhl unabhängig, inklusive Ecken usw. (das heißt, gebraucht ohne Hilfe den Rollstuhl)</p> <hr/> <p>Walks with help of one person (verbal or physical) <input type="checkbox"/> c            Kann mit Hilfe (verbaler oder physischer) einer Person gehen</p> <hr/> <p>Independent <input type="checkbox"/> d            Unabhängig</p>
<p><b>h Dressing</b>            Should be able to select and put on all clothes, which may be adapted. Half = requires help with buttons, zips etc. but can put on some garments alone.</p> <p><b>Sich anziehen</b>            Soll sich alle Kleidungsstücke aussuchen und anziehen können, obwohl diese angepasst sein könnten. Hilfe = braucht etwas Hilfe bei Knöpfen, Reißverschlüssen, usw, aber kann sich einige Kleidungsstücke alleine anziehen.</p>	<p>Dependent <input type="checkbox"/> a            Abhängig</p> <hr/> <p>Needs help but can do about half unaided <input type="checkbox"/> b            Braucht Hilfe, aber kann ungefähr die Hälfte selber machen</p> <hr/> <p>Independent (including buttons, zips, laces etc.) <input type="checkbox"/> c            Unabhängig (inklusive Knöpfen, Reißverschlüssen, Schuhbändern, usw)</p>
<p><b>i Stairs</b>            To be independent, must be able to carry any walking aid used.</p> <p><b>Treppen</b>            Muss zur Einstufung als unabhängig eine eventuell benutzte Gehhilfe selbst tragen können.</p>	<p>Unable <input type="checkbox"/> a            Unfähig</p> <hr/> <p>Needs help (verbal, physical, carrying aid) <input type="checkbox"/> b            Braucht Hilfe (verbale, physische, beim Tragen der Gehhilfe)</p> <hr/> <p>Independent up and down <input type="checkbox"/> c            Unabhängig, treppauf und treppab</p>
<p><b>j Bathing</b>            Usually the most difficult activity. Bath: Independent = must get in and out unsupervised and wash self. Shower: Independent = unsupervised/ unaided.</p> <p><b>Baden</b>            Normalerweise die schwierigste Tätigkeit. Bad: unabhängig = muß ohne Aufsicht in die Wanne / aus der Wanne steigen und sich waschen können. Dusche: unabhängig = ohne Aufsicht / ohne Hilfe.</p>	<p>Dependent <input type="checkbox"/> a            Abhängig</p> <hr/> <p>Independent <input type="checkbox"/> b            Unabhängig</p>

**8 In your opinion, is the person cognitively impaired?**  
**Ist die Person Ihrer Meinung nach kognitiv behindert?**

No  Go to **Question 11** on page 14  
 Nein  Bitte weiter mit **Frage 11** auf Seite 14

Yes   
 Ja

**9 This is an assessment of cognitive function. Ask the person receiving the care for the following information:**

Please answer all parts of the AMT.

Memory phrase may be repeated up to three times to ensure the person has heard it correctly. All other questions may only be asked once, without further prompting.

*The Abbreviated Mental Test (AMT – 7): 'Its use and validity' Jitapunkel s, Pillary I, Ebrahim S. Age and Ageing 1991; 20:332-336*

**Dies ist eine Einschätzung der kognitiven Funktion.**

**Die Person um die folgenden Informationen bitten:**

Bitte alle Teile des AMT beantworten.

Die Gedächtnis-Phrase darf bis drei Mal wiederholt werden, um sicherzustellen, dass der Betroffene sie richtig gehört hat. Sonst müssen all Fragen nur das eine Mal gestellt werden, ohne weiteres Vorsagen.

*The Abbreviated Mental Test (AMT – 7): 'Its use and validity' Jitapunkel s, Pillary I, Ebrahim S. Age and Ageing 1991; 20:332-336*

**The Abbreviated Mental Test (AMT)**  
**Der Abbreviated Mental Test (AMT)**

- Time of day (to the nearest hour)
- Tageszeit (auf die nächste Stunde genau)

Correct  
Richtig

Incorrect  
Falsch

a  a

**Memory phrase**

**Gedächtnis-Phrase**

Repeat this phrase after me and remember it for later—42 West Street

Diese Phrase nach mir wiederholen und für später in Erinnerung halten—West Straße 42

- Name of institution or suburb where the person lives  b  b
- Name der Anstalt oder des Stadtteils, wo der Betroffene wohnt
- Recognition of two persons in the room (doctor, nurse, carer etc.)  c  c
- Zwei Personen im Zimmer erkennen (Arzt, Krankenschwester, Betreuer usw)
- Date of birth (day, month, year)  d  d
- Geburtsdatum (Tag, Monat, Jahr)
- Name of present Chancellor of Austria  e  e
- Name des amtierenden österreichischen Kanzlers
- Count backwards from 20 to 1  f  f
- Rückwärts von 20 bis eins zählen
- Ask the person to repeat the **Memory phrase**  g  g
- Den Betroffenen um die **Gedächtnis-Phrase** bitten

**10 Unable to administer Abbreviated Mental Test (AMT – 7)?**  
**Nicht in der Lage, den Abbreviated Mental Test (AMT – 7) durchzuführen?**

- Person unable to communicate  a
- Der Betroffene ist nicht kommunikationsfähig
- 
- Person refused to participate  b
- Der Betroffene weigerte sich, teilzunehmen

11 For each statement, please tick the box which best describes the person's usual state.

Kreuzen Sie bitte für jede Aussage die Möglichkeit an, die den gewöhnlichen Zustand der Person am besten beschreibt.

- |   |   |                                     |                            |
|---|---|-------------------------------------|----------------------------|
| a | Does the person show signs of depression?<br>Zeigt der Betroffene Anzeichen der depressiven Verstimmung?              | Never<br>Niemals                    | <input type="checkbox"/> a |
|   |   | Sometimes<br>Manchmal               | <input type="checkbox"/> b |
|   |   | Most of the time<br>Die meiste Zeit | <input type="checkbox"/> c |
| b | Does the person show signs of memory loss?<br>Zeigt der Betroffene Anzeichen des Gedächtnisverlustes?                 | Never<br>Niemals                    | <input type="checkbox"/> a |
|   |   | Sometimes<br>Manchmal               | <input type="checkbox"/> b |
|   |   | Most of the time<br>Die meiste Zeit | <input type="checkbox"/> c |
| c | Does the person withdraw from social contact?<br>Zieht sich der Betroffene vom sozialen Kontakt zurück?               | Never<br>Niemals                    | <input type="checkbox"/> a |
|   |   | Sometimes<br>Manchmal               | <input type="checkbox"/> b |
|   |   | Most of the time<br>Die meiste Zeit | <input type="checkbox"/> c |
| d | Does the person display aggression towards self or others?<br>Zeigt der Betroffene Aggression gegen sich oder andere? | Never<br>Niemals                    | <input type="checkbox"/> a |
|   |   | Sometimes<br>Manchmal               | <input type="checkbox"/> b |
|   |   | Often<br>Oft                        | <input type="checkbox"/> c |
| e | Does the person display disinhibited behaviour?<br>Zeigt der Betroffene enthemmtes Verhalten?                         | Never<br>Niemals                    | <input type="checkbox"/> a |
|   |   | Sometimes<br>Manchmal               | <input type="checkbox"/> b |
|   |   | Often<br>Oft                        | <input type="checkbox"/> c |

## Your professional details Ihre beruflichen Angaben

**12 Is there any information in this report, which, if released to the person requiring care, might be prejudicial to their physical or mental well-being?**

Australian law provides for the disclosure of medical or psychiatric information directly to the person requiring care. If there is any information in your report, which, if released to the person, may harm their physical or mental well-being, please identify and briefly state below why it should not be released directly to this person. Similarly, please specify any other special circumstances, which should be taken into account when deciding on the release of your assessment.

**Gibt es Informationen in diesem Bericht, die, wenn sie an den Pflegebedürftigen freigegeben würden, sein physisches oder geistiges Wohl beeinträchtigen könnten?**

Die australische Gesetzgebung sieht die direkte Freigabe an den Pflegebedürftigen von ärztlichen oder psychiatrischen Informationen vor. Wenn es in Ihrem Bericht Informationen gibt, die das physische oder geistige Wohl des Betroffenen beeinträchtigen könnten, wenn sie für diesen freigegeben würden, nennen Sie bitte diese ausdrücklich und geben Sie kurz Ihre Gründe (rechts) an. Machen Sie bitte ebenfalls Angaben zu eventuellen besonderen Umständen, die zu berücksichtigen sind, wenn über die Freigabe Ihres Berichts entschieden wird.

No

Nein

Yes

Ja

Identify the information and state why it should not be released directly to the person requiring care

Geben Sie bitte diese Informationen und Ihre genauen Gründe dafür an, warum sie nicht direkt an den Pflegebedürftigen freigegeben sind


**13 IMPORTANT INFORMATION — Privacy and your personal information**

Your personal information is protected by law (including the *Privacy Act 1988*) and is collected by the Australian Government Department of Human Services for the assessment and administration of payments and services.

Your information may be used by the department, or given to other parties where you have agreed to that, or where it is required or authorised by law (including for the purpose of research or conducting investigations).

You can get more information about the way in which the department will manage your personal information, including our privacy policy, at [humanservices.gov.au/privacy](http://humanservices.gov.au/privacy)

**WICHTIGE INFORMATIONEN – Datenschutz und Ihre personenbezogenen Informationen**

Ihre personenbezogenen Informationen sind gesetzlich geschützt (u. a. durch das *Privacy Act 1988*) und werden vom Department of Human Services der australischen Bundesregierung zur Beurteilung und Verwaltung von Zahlungen und Leistungen erhoben.

Diese Informationen sind zur Bearbeitung Ihres Antrags oder Anspruchs erforderlich.

Die Behörde kann Ihre Informationen verwenden oder an Dritte weitergeben, wenn Sie diesem Vorgehen zugestimmt haben oder es gesetzlich erforderlich oder zulässig ist (u. a. für Forschungs- oder Ermittlungszwecke).

Weitere Informationen darüber, wie die Behörde Ihre personenbezogenen Daten verwaltet wird, sowie über unsere Datenschutzrichtlinien erhalten Sie unter [humanservices.gov.au/privacy](http://humanservices.gov.au/privacy)

**14 Health professional's details and declaration**

Please print in BLOCK LETTERS or use stamp.

**Personalien und Erklärung der Gesundheitsfachkraft**

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen oder Stempel verwenden.

Name

Name

Qualifications

Qualifikationen

Address

Adresse

Contact phone

number

Telefonnummer

Signature

Unterschrift

Date

Datum

Stamp (optional)

Stempel (nach

eigener Wahl)

--

--

Postcode Postleitzahl

(     )
---------

--

Day/Tag	Month/Monat	Year/Jahr
/	/	

--

**RETURNING THIS ASSESSMENT**—Please give this completed assessment to the carer.

**Thank you for your assistance.**

**RÜCKGABE DIESES GUTACHTENS**—Bitte übergeben Sie den ausgefüllten Bericht Ihrem Betreuer.

**Wir danken Ihnen für Ihre Hilfe.**