

HPA

Health Professional Assessment

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

Familienname

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

Familienname

First given name

Erster Vorname

Other given name(s)

Weitere(r) Vorname(n)

Date of birth

Geburtsdatum

STEP 3 You need to read this
SCHRITT 3 Sie müssen den folgenden
Abschnitt lesen

Privacy and your personal information

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We need to collect this information so we can process and manage your applications and payments, and provide services to you. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to

servicesaustralia.gov.au/privacy

Datenschutz und Ihre personenbezogenen Informationen

Der Schutz und die Sicherheit Ihrer persönlichen Daten sind uns wichtig und auch gesetzlich geschützt. Wir müssen diese Informationen zwecks Antrags- und Zahlungsbearbeitung sowie Bereitstellung von Dienstleistungen an Sie sammeln. Wir geben Ihre Informationen nur dann an andere Parteien weiter, wenn Sie zugestimmt haben oder wenn das Gesetz es erlaubt oder erfordert. Weitere Informationen finden Sie unter **servicesaustralia.gov.au/privacy**

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



CLK0AUS156ATa 2010

(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 Services Australia.
- 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 Services Australia.
- Ich willige ein, dass Services Australia medizinische Angaben und klinische Daten über mich zur Verfügung gestellt werden.
- Ich verstehe, dass das Gutachten benutzt wird, um den Anspruch meines/meiner Partners/Partnerin auf das Pflegegeld zu beurteilen, und auch, dass es eventuell erforderlich sein wird, dass Services Australia 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

Services Australia 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

Services Australia wird die Informationen, die Sie zur Verfügung stellen (samt Auskünften von dem/der Bewerber/in), dazu benutzen, um die Fähigkeit des/der Betroffenen zu beurteilen, unabhängig zu leben. Dieses Formular wird auch dazu benutzt, um die kognitive/n Störung/en des/der Pflegebedürftigen zu beurteilen. Dies 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
Hypertonie | <input type="checkbox"/> | OCS |
| Ischaemic heart disease
Ischämische Herzerkrankung | <input type="checkbox"/> | CAD |
| Myocardial infarction
Myokardinfarkt | <input type="checkbox"/> | MYI |
| Peripheral vascular disease
Periphere Gefäßkrankheit | <input type="checkbox"/> | PVD |
| Other (please specify)
Sonstiges (genaue Angaben bitte) | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> |
-
- b Musculo-Skeletal
Muskuloskeletal**
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Fracture
Bruch | <input type="checkbox"/> | FRC |
| Joint replacement
Gelenkersatz | <input type="checkbox"/> | OAR |
| Osteoarthritis
Osteoarthritis | <input type="checkbox"/> | OST |
| Osteoporosis
Osteoporose | <input type="checkbox"/> | OSO |
| Rheumatoid arthritis
Rheumatoidarthritis | <input type="checkbox"/> | RHM |
| Malignancy of the musculo-skeletal system
Malignität des muskuloskeletalen Systems | <input type="checkbox"/> | BON |
| Other (please specify)
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
Verhaltensstörung – Autismus | <input type="checkbox"/> | AUT |
| Behavioural disorder – Attention Deficit Hyperactivity Disorder
Verhaltensstörung – Aufmerksamkeitsdefizit-Hyperaktivitätssyndrom (ADHS) | <input type="checkbox"/> | ADD |
| Behavioural disorder – other (please specify)
Verhaltensstörung – Sonstiges (genaue Angaben bitte) | <input type="checkbox"/> | |
| Cerebral palsy
Zerebralparese | <input type="checkbox"/> | CER |
| Cerebrovascular accident – aphasia
Zerebrovaskulärer Insult – Aphasie | <input type="checkbox"/> | CLS |
| Cerebrovascular accident – hemiplegia
Zerebrovaskulärer Insult – Hemiplegie | <input type="checkbox"/> | HPP |
| Dementia – Alzheimer's disease
Demenz – Alzheimer-Krankheit | <input type="checkbox"/> | ALZ |
| Dementia – other
Demenz – Sonstiges | <input type="checkbox"/> | SEN |
| Epilepsy – grand mal
Epilepsie – Grand mal | <input type="checkbox"/> | EGM |
| Epilepsy – myoclonic
Epilepsie – Myoklonus | <input type="checkbox"/> | EMY |
| Epilepsy – petit mal
Epilepsie – Petit mal | <input type="checkbox"/> | EAS |
| Head injury, acquired brain injury
Kopfverletzung, erworbene Hirnschädigung | <input type="checkbox"/> | TBI |
| Intellectual disability/mental retardation
Geistige Behinderung / geistige Unterentwicklung | <input type="checkbox"/> | LIQ |
| Motor neurone disease
Motorneuronerkrankung | <input type="checkbox"/> | MND |
| Multiple sclerosis
Multiple Sklerose | <input type="checkbox"/> | MSC |
| Paralysis – Paraplegia
Paralyse – Paraplegie | <input type="checkbox"/> | PRP |
| Paralysis – Quadriplegia
Paralyse – Quadriplegie | <input type="checkbox"/> | QPP |
| Parkinson's disease
Parkinsonsche Krankheit | <input type="checkbox"/> | PAR |
| Spina bifida
Spina bifida | <input type="checkbox"/> | SPB |
| Huntington's chorea
Huntingtonsche Chorea | <input type="checkbox"/> | HUN |
| Malignancy of the neurological system
Malignität des Nervensystems | <input type="checkbox"/> | BRN |
| Other (please specify)
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:

d Psychiatric Psychiatrisch	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/>			
e Respiratory Respiratorisch	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/>			
f Sensory Sinnesstörungen	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:

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

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

(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>g Mobility 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>Mobilität 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 Kann sich nicht fortbewegen <input type="checkbox"/> a</p> <hr/> <p>Wheelchair independent, including corners etc. (i.e. uses wheelchair without assistance) Im Rollstuhl unabhängig, inklusive Ecken usw. (das heißt, gebraucht ohne Hilfe den Rollstuhl) <input type="checkbox"/> b</p> <hr/> <p>Walks with help of one person (verbal or physical) Kann mit Hilfe (verbaler oder physischer) einer Person gehen <input type="checkbox"/> c</p> <hr/> <p>Independent Unabhängig <input type="checkbox"/> d</p>
<p>h Dressing 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>Sich anziehen 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 Abhängig <input type="checkbox"/> a</p> <hr/> <p>Needs help but can do about half unaided Braucht Hilfe, aber kann ungefähr die Hälfte selber machen <input type="checkbox"/> b</p> <hr/> <p>Independent (including buttons, zips, laces etc.) Unabhängig (inklusive Knöpfen, Reißverschlüssen, Schuhbändern, usw) <input type="checkbox"/> c</p>
<p>i Stairs To be independent, must be able to carry any walking aid used.</p> <p>Treppen Muss zur Einstufung als unabhängig eine eventuell benutzte Gehhilfe selbst tragen können.</p>	<p>Unable Unfähig <input type="checkbox"/> a</p> <hr/> <p>Needs help (verbal, physical, carrying aid) Braucht Hilfe (verbale, physische, beim Tragen der Gehhilfe) <input type="checkbox"/> b</p> <hr/> <p>Independent up and down Unabhängig, treppauf und treppab <input type="checkbox"/> c</p>
<p>j Bathing Usually the most difficult activity. Bath: Independent = must get in and out unsupervised and wash self. Shower: Independent = unsupervised/ unaided.</p> <p>Baden 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 Abhängig <input type="checkbox"/> a</p> <hr/> <p>Independent Unabhängig <input type="checkbox"/> b</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? Zeigt der Betroffene Anzeichen der depressiven Verstimmung?	Never Niemals	<input type="checkbox"/> a
		Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b
		Most of the time Die meiste Zeit	<input type="checkbox"/> c
b	Does the person show signs of memory loss? Zeigt der Betroffene Anzeichen des Gedächtnisverlustes?	Never Niemals	<input type="checkbox"/> a
		Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b
		Most of the time Die meiste Zeit	<input type="checkbox"/> c
c	Does the person withdraw from social contact? Zieht sich der Betroffene vom sozialen Kontakt zurück?	Never Niemals	<input type="checkbox"/> a
		Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b
		Most of the time Die meiste Zeit	<input type="checkbox"/> c
d	Does the person display aggression towards self or others? Zeigt der Betroffene Aggression gegen sich oder andere?	Never Niemals	<input type="checkbox"/> a
		Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b
		Often Oft	<input type="checkbox"/> c
e	Does the person display disinhibited behaviour? Zeigt der Betroffene enthemmtes Verhalten?	Never Niemals	<input type="checkbox"/> a
		Sometimes Manchmal	<input type="checkbox"/> b
		Often 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 Identify the information and state why it should not be released directly to the person requiring care
Ja Geben Sie bitte diese Informationen und Ihre genauen Gründe dafür an, warum sie nicht direkt an den Pflegebedürftigen freizugegeben sind

13 You need to read this

Privacy and your personal information

The privacy and security of your personal information is important to us, and is protected by law. We collect this information to provide payments and services. We only share your information with other parties where you have agreed, or where the law allows or requires it. For more information, go to servicesaustralia.gov.au/privacy

Sie müssen den folgenden Abschnitt lesen

Datenschutz und Ihre personenbezogenen Informationen

Der Schutz und die Sicherheit Ihrer persönlichen Daten sind uns wichtig, und sie sind auch gesetzlich geschützt. Wir sammeln diese Informationen zwecks der Bereitstellung von Zahlungen und Dienstleistungen. Wir geben Ihre Informationen nur dann an andere Parteien weiter, wenn Sie zugestimmt haben oder wenn das Gesetz es erlaubt oder erfordert. Weitere Informationen finden Sie unter servicesaustralia.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

Qualifikationsfachkraft

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.

--