

Datum: \_\_\_\_\_

### **Anmeldung zur Kurzzeitpflege im**

- Bezirksaltenheim Aigen-Schlägl, Hauptstraße 19, 4160 Aigen-Schlägl (07281 200 05)
- Bezirksaltenheim Haslach a. d. M., Am Bach 17, 4170 Haslach a. d. M. (07289 723 06)
- Bezirksaltenheim Kleinzell i. M., Weigelsdorf 14, 4115 Kleinzell i. M. (07282 57 01)
- Bezirksaltenheim Lembach i. M., Lederergasse 14, 4132 Lembach i. M. (07286 73 93)
- Bezirksaltenheim Ulrichsberg, Steinwände 6, 4161 Ulrichsberg (07288 270 38)
- Bezirksaltenheim Rohrbach-Berg, Am Teich 6, 4150 Rohrbach-Berg (07289 401 61)

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### **Angaben über die aufzunehmende Person:**

Vor- und Nachname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Vers.Nr.: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Rel. Bekenntnis: \_\_\_\_\_

Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Gebührenfrei:  JA  NEIN

Pensionsversicherung: \_\_\_\_\_

Pflegegeldstufe: \_\_\_\_\_ Ist derzeit ein Pflegegeldansuchen offen?  JA  NEIN

*Bitte einen Nachweis über die Pflegegeldstufe mitbringen!*

### **Angaben über derzeitige Betreuungsperson:**

Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

**Erreichbarkeit während der Abwesenheit:** Telefon: \_\_\_\_\_



Gibt es eine Erwachsenenschutzvertretung bzw. Vorsorgevollmacht?  Ja  Nein

Welche Impfungen hat der Aufnahmebewerber?  Grippe Datum der letzten Impfung: \_\_\_\_\_  
 Corona Datum der letzten Impfung: \_\_\_\_\_  
 Tetanus Datum der letzten Impfung: \_\_\_\_\_

Spezielle Pflegemaßnahmen (z.B. PEG – Sonde, Tracheostoma, Schmerzpumpe, ...)?

\_\_\_\_\_

Besteht eine infektiöse Krankheit/multiresistenter Keim?  Ja  Nein

Wenn ja, welche/r?: \_\_\_\_\_

Diagnosen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Derzeitige Beschwerden: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Derzeitige Medikamente: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie die vorhandenen Medikamente bei der Aufnahme mit!**

Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Bestätigung vom Arzt wenn die Anmeldung nicht selbst unterschrieben werden kann:**

Der Aufnahmebewerber kann die Anmeldung nicht selbst unterschreiben, ist aber mit einer Aufnahme einverstanden.

Derzeit werden Hilfsmittel zum Schutz vor Verletzungen eingesetzt, welche die persönliche Freiheit einschränken können (Seitenschutz beim Bett, ...). Damit diese Hilfsmittel auch im Heim verwendet werden dürfen, muss gemäß HeimAufG vom Arzt die dafür zugrundeliegende Diagnose und Gefährdung bestätigt werden:

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

**Bestätigung Datenschutz:**

Ich bin einverstanden, dass Fotos des Kurzzeitpflegegastes, insbesondere von Veranstaltungen und Aktivitäten, im Rahmen der Öffentlichkeitsarbeit verwendet werden dürfen.

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift 

**Hinweis**

Der Antragsteller/in wird darüber informiert und nimmt ausdrücklich zur Kenntnis, dass die Verarbeitung seiner/Ihrer Daten, die dem Bezirksalten- und Pflegeheim oder dem Sozialhilfeverband Rohrbach bekannt gegeben werden, ausschließlich zum Zweck der Heimaufnahme, Betreuung und Pflege, der Zusammenarbeit mit Ärzten/innen, Therapeuten/innen, Rettungsorganisationen und Krankenanstalten verwendet werden.

Informationen zum Datenschutz finden Sie unter <http://www.shvro.at/de/datenschutz.html>