Sozialhilfeverband Rohrbach
Geschäftsstelle bei der Bezirkshauptmannschaft Rohrbach
4150 Rohrbach-Berg · Am Teich 1

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: _____

Bei einem vorübergehenden Heimaufenthalt sind der Standardsatz (Euro: _____/ Tag) und der entsprechende Pflegezuschlag aus eigenen Mittel zu entrichten. Bei Nichteinstufung wird mindestens ein Pflegezuschlag der Stufe 3 verrechnet.

_____
Unterschrift

Die Unterschrift wurde geleistet durch:

❑ Antragstellende Person ❑ Erwachsenenvertretung ❑ Vorsorgebevollmächtigung
❑ Bevollmächtigte Person ❑ _____

<u>Angaben zum Gesundheitszustand:</u>

Ist der Aufnahmewerber gehfähig? ❑ Ja ❑ Nein

Ist das Treppensteigen möglich? ❑ Ja ❑ Nein

Ist das Aufnahmewerber ständig bettlägrig? ❑ Ja ❑ Nein

Unterstützung ist notwendig:
❑ beim Aufstehen aus dem Bett
❑ beim Essen zerkleinern ❑ beim Ankleiden
❑ beim Essen eingeben ❑ beim Frisieren und Rasieren
❑ beim Waschen ❑ beim Zubettgehen
❑ beim Benützen der Toilette ❑ _____

Ist der Aufnahmewerber inkontinent? Harn ❑ Ja ❑ Nein
Stuhl ❑ Ja ❑ Nein

Der Aufnahmewerber benötigt nachts Unterstützung: ❑ Ja ❑ Nein

Wenn ja, wobei? _____

Ist der Aufnahmewerber orientiert?
❑ Ja ❑ Nein ❑ nicht immer ❑ zeitlich ❑ örtlich ❑ situativ
❑ persönlich ❑ Weglauftendenz

Benötigt der Aufnahmewerber eine Diät? ❑ Ja _____

Leidet der Aufnahmewerber an einer Suchtkrankheit? ❑ Ja ❑ Nein

Wenn ja, an welcher?: _____

Kann der Aufnahmewerber Geldangelegenheiten selbst regeln? ❑ Ja ❑ Nein

Gibt es eine Erwachsenschutzvertretung bzw. Vorsorgevollmacht? ❑ Ja ❑ Nein

Welche Impfungen hat der Aufnahmewerber?

- ❑ 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 Aufnahmewerber 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**