

## Kurzzeitpflege

**Bitte folgende Unterlagen zur Beratung in Kopie mitbringen:**

- Unterschriebenen und vollständig Kurzzeitpflege-Antrag
- Ärztlicher und pflegerischer Fragebogen
- Wenn vorhanden: Erwachsenenvertreter-Beschluss, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung
- Kontodetails: IBAN und BIC

## Terminvereinbarung

### **Abgabe der Unterlagen Sozialberatung**

Daniela Loidl, Astrid Hörleinsberger

Bezirkshauptmannschaft Rohrbach  
Am Teich 1, 4150 Rohrbach-Berg  
Tel. 07289 8851 69344 oder 69318  
E-Mail: [sozialberatung@shvro.at](mailto:sozialberatung@shvro.at)

Beratungszeiten:  
Mo-Fr 8:00 Uhr – 12:00 Uhr  
Dienstag 13:00 Uhr – 16:00 Uhr

### **Koordinierung der Heimplätze Koordination Betreuung und Pflege**

Nadja Helbig-Lang, Michaela Lechner,  
Bianca Raab

Bezirkshauptmannschaft Rohrbach  
Am Teich 1, 4150 Rohrbach-Berg  
Tel. 07289 8851 69340 oder 69341  
E-Mail: [kbp@shvro.at](mailto:kbp@shvro.at)

Beratungszeiten:  
Mo-Fr 8:00 Uhr – 12:00 Uhr  
Dienstag 13:00 Uhr – 15:00 Uhr

**Um Terminvereinbarung wird gebeten!**

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: \_\_\_\_\_

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

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

Familienstand: \_\_\_\_\_ Bankverbindung: \_\_\_\_\_

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

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Gebührenbefreiung:  JA  NEIN

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

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

**Ansprechpersonen (unbedingt erforderlich):**

	<b>Vor- und Familienname, Verhältnis</b>	<b>Adresse</b>	<b>Telefonnummer und E-Mail</b>
1			
2			
3			

Bei einem vorübergehenden Heimaufenthalt sind der Standardsatz (Euro: 155,10/ 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     \_\_\_\_\_

**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>

## Pflegerischer Fragebogen

Dieser Fragebogen dient der Erfassung wichtiger Informationen zur individuellen Pflege und Betreuung. Er kann von der betreuten Person selbst oder von der mit der Pflege betrauten Person ausgefüllt werden.

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

### Verständigung

#### Hören

Unauffällig     Schwerhörigkeit     Hörgeräte     Taubheit

#### Sehen

Unauffällig     Geringes Sehvermögen     Brille     Blindheit

#### Sprechen

Unauffällig

Sonstiges: \_\_\_\_\_

### Orientierung

#### Zeitlich

Orientiert     Desorientiert     Teilweise orientiert

#### Örtlich

Orientiert     Desorientiert     Teilweise orientiert

#### Zur Person

Orientiert     Desorientiert     Teilweise orientiert

#### Nächtliche Desorientiertheit

Orientiert     Desorientiert     Teilweise

#### Weglauftendenzen/Hinlauftendenzen

Orientiert     Desorientiert     Teilweise

### Ernährung/Kostform

Normalkost     Schluckoptimierte     PEG Sonde

Sondenernährung     Unverträglichkeiten, welche \_\_\_\_\_

Diabetes

## Mobilität

### Gehfähigkeit

Ja       Nein       Hilfsmittel \_\_\_\_\_

### Treppensteigen

Ja       Nein

### Bettlägerigkeit

Ja       Nein

### Stürze in der Vergangenheit

Ja       Nein

## Ausscheidung

### Harnausscheidung:

Unauffällig       Gelegentliche Inkontinenz       Ständig Inkontinenz

Harnableitendes System: welches: \_\_\_\_\_

### Stuhlausscheidung

Unauffällig       Gelegentliche Inkontinenz       Ständig Inkontinenz

Stomaversorgung, welche: \_\_\_\_\_

## Atmung

Unauffällig       Atemunterstützung notwendig, welche: \_\_\_\_\_

## Spezielle Pflegemaßnahmen

Wundverband       Tracheotomie       Schmerzpumpe       Port-a-cath

Picc Line       Sonstige: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

# Ärztlicher Fragebogen



Name: \_\_\_\_\_ VSNr.: \_\_\_\_\_ PG: \_\_\_\_\_

Dieser Fragebogen soll vom betreuenden Arzt/Ärztin ausgefüllt werden und dient der Erfassung relevanter medizinischer Informationen für den Aufenthalt in unserer Einrichtung.

## Aktuelle medizinische Diagnosen

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Allergien

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

Sonstige: \_\_\_\_\_

### Infektionskrankheiten/multiresistente Keime

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Suchtkrankheiten

Alkohol

Medikamente

Nikotin

Sonstige: \_\_\_\_\_

## Aktuelle Medikation

Medikament	Früh	Mittags	Abends	Nachts

Bedarfsmedikation: \_\_\_\_\_

Aktuelle Medikation - siehe beigelegtes Medikationsblatt

## Freiheitsbe(ein)schränkung

Ja

Nein

Art: \_\_\_\_\_

Nach dem (HeimAufG) dürfen Hilfsmittel, die die persönliche Freiheit einschränken nur eingesetzt werden, wenn eine ärztliche Diagnose vorliegt und eine Gefährdungsprognose bestätigt, dass sonst eine ernsthafte Selbst- oder Fremdgefährdung besteht.

\_\_\_\_\_  
Datum, Ort

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes