

EIN VERBAND DER GEMEINDEN  
DES BEZIRKES ROHRBACH



NOTFALLMAPPE / PFLEGETAGEBUCH  
**SOZIALHILFEVERBAND ROHRBACH**

[www.shvro.at](http://www.shvro.at)



# INHALTSVERZEICHNIS

Angaben zur pflegebedürftigen Person .....	Seite 4
Notizen .....	Seite 5
Wichtige Rufnummern und Medikamentenliste .....	Seite 6
Medizinische Daten .....	Seite 7
Das SHV-Pflegetagebuch .....	Seite 9
Erläuterungen der Abkürzungen .....	Seite 10
Dokumentation der Betreuung und Pflege .....	Seite 11
Kontakt Sozialhilfeverband Rohrbach-Berg .....	Seite 18



## Angaben

zur pflegebedürftigen Person

### DAS SHV-PFLEGETAGEBUCH WIRD GEFÜHRT FÜR

Vorname, Nachname

Versicherungsnummer

geboren am

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Bei Bedarf Name und Anschrift der/des gesetzlichen Vertreterin bzw. Vertreters

## IM NOTFALL ZU BENACHRICHTIGEN

Vorname: .....

Nachname: .....

Straße, Haus-Nr.: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon/Handy: .....

E-Mail: .....



A series of horizontal dotted lines spanning the width of the page, providing a template for handwritten notes.

## WICHTIGE RUFNUMMERN

EURO: **NOTRUF 112**

POLIZEI: **NOTRUF 133**

FEUERWEHR: **NOTRUF 122**

RETTUNGSDIENST: **NOTRUF 144**

ÄRZTLICHER NOTDIENST: **NOTRUF 141**

TELEFONSEELSORGE (24 h): **NOTRUF 142**

VERGIFTUNGSINFORMATIONSZENTRALE: **01/406 43 43**

Tipp: Medikamentenliste und E-Card immer sichtbar anbringen.

### Medikamentenliste:

---

---

---

---

---

---

---

---





# MEDIZINISCHE DATEN

## Blutgruppe

---

### Impfungen

JA

NEIN

Impfpass vorhanden

JA

NEIN

Impfpass befindet sich

---

Impfung gegen

---

### Allergien

JA

NEIN

Allergiepass vorhanden

JA

NEIN

Allergiepass befindet sich

---

Allergie(n) gegen

---

### Diabetes

JA

NEIN

Insulin

JA

NEIN

Tabletten/Insulinpen

JA

NEIN

Ausweis vorhanden

JA

NEIN

Ausweis befindet sich

---

### Anfallsleiden/chron. Leiden

JA

NEIN

Nähere Beschreibung

---



## MEDIZINISCHE DATEN

### **Spezielle Medikamente**

**JA**

**NEIN**

diese befinden sich

---

### **Implantate**

**JA**

**NEIN**

Art des Implantates (z.B. Herzschrittmacher, Knie- oder Hüftgelenk, Auge, Zähne,...)

---

### **Transplantationen**

**JA**

**NEIN**

Art der Transplantation und weitere Angaben

---

### **Blutgerinnungshemmende Substanzen**

**JA**

**NEIN**

falls ja, welche? (z.B. Marcumar)

---

### **Organspendeausweis**

**JA**

**NEIN**

Ausweis befindet sich

---

### **Beeinträchtigungen**

**JA**

**NEIN**

Grad und Art der Beeinträchtigung

---

### **Sonstiges**

---



## DAS SHV- PFLEGETAGEBUCH

### **PFLEGE DAHEIM**

Die meisten Menschen möchten ihren Lebensabend daheim in ihrer vertrauten Umgebung verbringen und dank des großen Engagements der Angehörigen ist dies auch sehr oft möglich. So werden in Oberösterreich derzeit über 80 % der pflegebedürftigen Menschen daheim von ihren Angehörigen betreut. Die Pflege und Betreuung eines nahen Angehörigen stellt die Familie vor große Herausforderungen, denn die physische und vor allem auch psychische Belastung ist in vielen Situationen enorm, wird aber subjektiv sehr unterschiedlich wahrgenommen. Pflegebedürftigkeit allgemein orientiert sich nicht am Schweregrad der Erkrankung, sondern am Ausmaß der benötigten Hilfe.

### **DAS SHV-PFLEGETAGEBUCH**

Das SHV-PFLEGETAGEBUCH bietet Ihnen nun die Möglichkeit, auf den folgenden Tagebuchseiten Ihre täglichen Hilfestellungen zu notieren, um die tatsächlich aufgewendete Zeit und Art der Hilfe objektiv darzustellen. Durch diese detaillierte Dokumentation erhalten Sie einen guten Überblick über die geleistete Betreuung und die dafür benötigte Zeit.

### **HILFREICHE TIPPS UND NÄHERE INFORMATIONEN**

Hilfreiche Tipps und genauere Hinweise, die Ihnen beim Ausfüllen des SHV-PFLEGETAGEBUCHS helfen, finden Sie auf Seite 10.

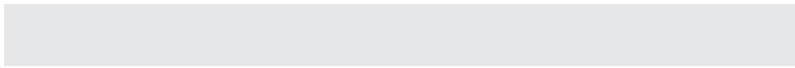
# ERLÄUTERUNGEN

## der Abkürzungen

A/U = ANLEITUNG ODER UNTERSTÜTZUNG	Anleitung oder Unterstützung bedeutet, dass der Pflegebedürftige grundsätzlich selbstständig Erledigungen des täglichen Lebens verrichten kann. Bei der Vorbereitung, Durchführung oder Nachbereitung braucht sie/er allerdings Unterstützung oder Anleitung. Benötigte Utensilien werden bereit gestellt oder vorbereitet. Eine dauernde Anwesenheit ist nicht erforderlich.
TÜ = TEILWEISE ÜBERNAHME	Die/Der Pflegebedürftige benötigt direkte Hilfe bei Erledigungen des täglichen Lebens. Das heißt die Pflegeperson hilft mit, wenn Verrichtungen nicht selbstständig ausgeführt werden können. (Aufbereiten des Essens, Waschen des Rückens,...)
VÜ = VOLLE ÜBERNAHME	Die/Der Pflegebedürftige kann eine Verrichtung des täglichen Lebens nicht mehr selbstständig ausführen und bei der Durchführung nicht mehr mithelfen.

## Erschwerende Faktoren bei der Betreuung - Zutreffendes bitte ankreuzen!

<input type="checkbox"/>	Körpergewicht über 80 kg
<input type="checkbox"/>	Eingeschränkte Beweglichkeit/Versteifung der Arm- oder Beingelenke
<input type="checkbox"/>	Lähmung oder stark verkrampfte Muskulatur
<input type="checkbox"/>	Fehlstellung/Amputation von Armen oder Beinen
<input type="checkbox"/>	Unkontrollierte Bewegungen
<input type="checkbox"/>	Herzschwäche mit Atemnot und Wassereinlagerungen
<input type="checkbox"/>	Bandagen/Stützstrümpfe
<input type="checkbox"/>	Schluckstörungen/Störungen der Mundbewegungen/Atemstörungen
<input type="checkbox"/>	Chronische Schmerzen
<input type="checkbox"/>	Pflegebehindernde räumliche Verhältnisse
<input type="checkbox"/>	Stuhlschmierer
<input type="checkbox"/>	Zeitaufwändiger Hilfsmiteileinsatz (z.B. Patientenlift,...)
<input type="checkbox"/>	Starke Hörbeeinträchtigung/Taubheit
<input type="checkbox"/>	Starke Sehbeeinträchtigung/Blindheit
<input type="checkbox"/>	Lässt sich nur schwer motivieren, niedergeschlagen und hoffnungslos
<input type="checkbox"/>	Verkennen/Verursachen gefährlicher Situationen
<input type="checkbox"/>	Akzeptiert die pflegerischen Maßnahmen nicht
<input type="checkbox"/>	Verhält sich der Situation nicht angepasst (verbal/tätlich)
<input type="checkbox"/>	Vergessen/Verkennen von vertrauten Personen
<input type="checkbox"/>	Ungewöhnliches/Ungewohntes Verhalten (Bewegungsdrang, Verstecken v. Gegenständen, Schreien ohne Grund,...)
<input type="checkbox"/>	Kann tagsüber nur kurze Zeit (weniger als 2 Stunden) alleine gelassen werden
<input type="checkbox"/>	Kann tagsüber nicht alleine gelassen werden
<input type="checkbox"/>	Kann während der Nachtstunden nicht alleine gelassen werden
<input type="checkbox"/>	Störung Tag-/Nachtrhythmus
<input type="checkbox"/>	Krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen (z.B. Insulin verabreichen, Blutzuckerkontrolle, Verbände,...)
<input type="checkbox"/>	Unkontrolliertes Verlassen der Wohnung/Orientierungsverlust



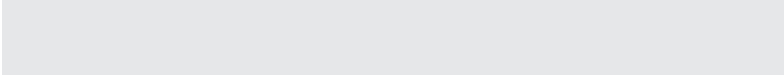
Erforderliche Hilfe bei:		Notizen					
		morgens	mittags	abends	nachts 22-6 Uhr		
<b>KÖRPERPFLEGE</b>		Form der Hilfestellung					
Ganzkörperwäsche	A/U T Ü V Ü						
Teilwäsche	A/U T Ü V Ü						
Duschen	A/U T Ü V Ü						
Baden	A/U T Ü V Ü						
Zahn-/ Prothesen-/ Mundpflege	A/U T Ü V Ü						
Frisieren	A/U T Ü V Ü						
Rasieren	A/U T Ü V Ü						
Haare waschen	A/U T Ü V Ü						
Ankleiden	A/U T Ü V Ü						
Auskleiden	A/U T Ü V Ü						
Maniküre	A/U T Ü V Ü						
Pediküre	A/U T Ü V Ü						
<b>DARM- UND BLASENENTLEERUNG</b>							
Harnausscheidung	A/U T Ü V Ü						
Stuhlgang/Stuhlprophylaxe	A/U T Ü V Ü						
Verwendung Leibstuhl/Harnflasche	A/U T Ü V Ü						
Wechseln von Inkontinenzmaterial	A/U T Ü V Ü						
Wechseln/Entleeren des Urin- bzw. Stomabeutels; Dauerkatheterpflege	A/U T Ü V Ü						
<b>ERNÄHRUNG</b>							
Nahrungszubereitung	A/U T Ü V Ü						
Aufnahme der Nahrung	A/U T Ü V Ü						
Mundgerechte Nahrungszubereitung	A/U T Ü V Ü						
Vorbereitung/Verabreichung der Sondennahrung	A/U T Ü V Ü						
Reinigung und Pflege der Sonde	A/U T Ü V Ü						
Medikamenteneinnahme	A/U T Ü V Ü						
<b>MOBILITÄT</b>							
Aufstehen/Zubettgehen	A/U T Ü V Ü						
Umlagern/Positionswechsel	A/U T Ü V Ü						
Gehen/Bewegen im Haus	A/U T Ü V Ü						
Stehen/Transfer	A/U T Ü V Ü						
Treppensteigen	A/U T Ü V Ü						
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung	A/U T Ü V Ü						
<b>HAUSWIRTSCHAFTLICHE VERSORGUNG</b>							
Einkaufen	A/U T Ü V Ü						
Kochen	A/U T Ü V Ü						
Wohnung reinigen	A/U T Ü V Ü						
Geschirr reinigen	A/U T Ü V Ü						
Wäscheversorgung	A/U T Ü V Ü						
Beheizen der Wohnung	A/U T Ü V Ü						

Erforderliche Hilfe bei:		Notizen					
		morgens	mittags	abends	nachts 22-6 Uhr		
<b>KÖRPERPFLEGE</b>		Form der Hilfestellung					
Ganzkörperwäsche	A/U T Ü V Ü						
Teilwäsche	A/U T Ü V Ü						
Duschen	A/U T Ü V Ü						
Baden	A/U T Ü V Ü						
Zahn-/ Prothesen-/ Mundpflege	A/U T Ü V Ü						
Frisieren	A/U T Ü V Ü						
Rasieren	A/U T Ü V Ü						
Haare waschen	A/U T Ü V Ü						
Ankleiden	A/U T Ü V Ü						
Auskleiden	A/U T Ü V Ü						
Maniküre	A/U T Ü V Ü						
Pediküre	A/U T Ü V Ü						
<b>DARM- UND BLASENENTLEERUNG</b>							
Harnausscheidung	A/U T Ü V Ü						
Stuhlgang/Stuhlprophylaxe	A/U T Ü V Ü						
Verwendung Leibstuhl/Harnflasche	A/U T Ü V Ü						
Wechseln von Inkontinenzmaterial	A/U T Ü V Ü						
Wechseln/Entleeren des Urin- bzw. Stomabeutels; Dauerkatheterpflege	A/U T Ü V Ü						
<b>ERNÄHRUNG</b>							
Nahrungszubereitung	A/U T Ü V Ü						
Aufnahme der Nahrung	A/U T Ü V Ü						
Mundgerechte Nahrungszubereitung	A/U T Ü V Ü						
Vorbereitung/Verabreichung der Sondennahrung	A/U T Ü V Ü						
Reinigung und Pflege der Sonde	A/U T Ü V Ü						
Medikamenteneinnahme	A/U T Ü V Ü						
<b>MOBILITÄT</b>							
Aufstehen/Zubettgehen	A/U T Ü V Ü						
Umlagern/Positionswechsel	A/U T Ü V Ü						
Gehen/Bewegen im Haus	A/U T Ü V Ü						
Stehen/Transfer	A/U T Ü V Ü						
Treppensteigen	A/U T Ü V Ü						
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung	A/U T Ü V Ü						
<b>HAUSWIRTSCHAFTLICHE VERSORGUNG</b>							
Einkaufen	A/U T Ü V Ü						
Kochen	A/U T Ü V Ü						
Wohnung reinigen	A/U T Ü V Ü						
Geschirr reinigen	A/U T Ü V Ü						
Wäscheversorgung	A/U T Ü V Ü						
Beheizen der Wohnung	A/U T Ü V Ü						

**Erforderliche Hilfe bei:**

**Notizen**

Erforderliche Hilfe bei:		morgens	mittags	abends	nachts 22-6 Uhr	Notizen
<b>KÖRPERPFLEGE</b>						
	Form der Hilfestellung					
Ganzkörperwäsche	A/U T Ü V Ü					
Teilwäsche	A/U T Ü V Ü					
Duschen	A/U T Ü V Ü					
Baden	A/U T Ü V Ü					
Zahn-/ Prothesen-/ Mundpflege	A/U T Ü V Ü					
Frisieren	A/U T Ü V Ü					
Rasieren	A/U T Ü V Ü					
Haare waschen	A/U T Ü V Ü					
Ankleiden	A/U T Ü V Ü					
Auskleiden	A/U T Ü V Ü					
Maniküre	A/U T Ü V Ü					
Pediküre	A/U T Ü V Ü					
<b>DARM- UND BLASENENTLEERUNG</b>						
Harnausscheidung	A/U T Ü V Ü					
Stuhlgang/Stuhlprophylaxe	A/U T Ü V Ü					
Verwendung Leibstuhl/Harnflasche	A/U T Ü V Ü					
Wechseln von Inkontinenzmaterial	A/U T Ü V Ü					
Wechseln/Entleeren des Urin- bzw. Stomabeutels; Dauerkatheterpflege	A/U T Ü V Ü					
<b>ERNÄHRUNG</b>						
Nahrungszubereitung	A/U T Ü V Ü					
Aufnahme der Nahrung	A/U T Ü V Ü					
Mundgerechte Nahrungszubereitung	A/U T Ü V Ü					
Vorbereitung/Verabreichung der Sondennahrung	A/U T Ü V Ü					
Reinigung und Pflege der Sonde	A/U T Ü V Ü					
Medikamenteneinnahme	A/U T Ü V Ü					
<b>MOBILITÄT</b>						
Aufstehen/Zubettgehen	A/U T Ü V Ü					
Umlagern/Positionswechsel	A/U T Ü V Ü					
Gehen/Bewegen im Haus	A/U T Ü V Ü					
Stehen/Transfer	A/U T Ü V Ü					
Treppensteigen	A/U T Ü V Ü					
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung	A/U T Ü V Ü					
<b>HAUSWIRTSCHAFTLICHE VERSORGUNG</b>						
Einkaufen	A/U T Ü V Ü					
Kochen	A/U T Ü V Ü					
Wohnung reinigen	A/U T Ü V Ü					
Geschirr reinigen	A/U T Ü V Ü					
Wäscheversorgung	A/U T Ü V Ü					
Beheizen der Wohnung	A/U T Ü V Ü					



**Erforderliche Hilfe bei:**

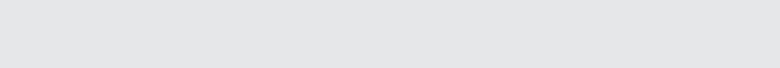
**Notizen**

Erforderliche Hilfe bei:		morgens	mittags	abends	nachts 22-6 Uhr	Notizen
<b>KÖRPERPFLEGE</b>						
	Form der Hilfestellung					
Ganzkörperwäsche	A/U T Ü V Ü					
Teilwäsche	A/U T Ü V Ü					
Duschen	A/U T Ü V Ü					
Baden	A/U T Ü V Ü					
Zahn-/ Prothesen-/ Mundpflege	A/U T Ü V Ü					
Frisieren	A/U T Ü V Ü					
Rasieren	A/U T Ü V Ü					
Haare waschen	A/U T Ü V Ü					
Ankleiden	A/U T Ü V Ü					
Auskleiden	A/U T Ü V Ü					
Maniküre	A/U T Ü V Ü					
Pediküre	A/U T Ü V Ü					
<b>DARM- UND BLASENENTLEERUNG</b>						
Harnausscheidung	A/U T Ü V Ü					
Stuhlgang/Stuhlprophylaxe	A/U T Ü V Ü					
Verwendung Leibstuhl/Harnflasche	A/U T Ü V Ü					
Wechseln von Inkontinenzmaterial	A/U T Ü V Ü					
Wechseln/Entleeren des Urin- bzw. Stomabeutels; Dauerkatheterpflege	A/U T Ü V Ü					
<b>ERNÄHRUNG</b>						
Nahrungszubereitung	A/U T Ü V Ü					
Aufnahme der Nahrung	A/U T Ü V Ü					
Mundgerechte Nahrungszubereitung	A/U T Ü V Ü					
Vorbereitung/Verabreichung der Sondennahrung	A/U T Ü V Ü					
Reinigung und Pflege der Sonde	A/U T Ü V Ü					
Medikamenteneinnahme	A/U T Ü V Ü					
<b>MOBILITÄT</b>						
Aufstehen/Zubettgehen	A/U T Ü V Ü					
Umlagern/Positionswechsel	A/U T Ü V Ü					
Gehen/Bewegen im Haus	A/U T Ü V Ü					
Stehen/Transfer	A/U T Ü V Ü					
Treppensteigen	A/U T Ü V Ü					
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung	A/U T Ü V Ü					
<b>HAUSWIRTSCHAFTLICHE VERSORGUNG</b>						
Einkaufen	A/U T Ü V Ü					
Kochen	A/U T Ü V Ü					
Wohnung reinigen	A/U T Ü V Ü					
Geschirr reinigen	A/U T Ü V Ü					
Wäscheversorgung	A/U T Ü V Ü					
Beheizen der Wohnung	A/U T Ü V Ü					

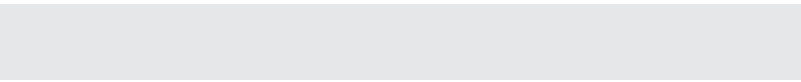
**Erforderliche Hilfe bei:**

**Notizen**

		morgens	mittags	abends	nachts 22-6 Uhr	
<b>KÖRPERPFLEGE</b>						
	Form der Hilfestellung					
Ganzkörperwäsche	A/U TÜ VÜ					
Teilwäsche	A/U TÜ VÜ					
Duschen	A/U TÜ VÜ					
Baden	A/U TÜ VÜ					
Zahn-/ Prothesen-/ Mundpflege	A/U TÜ VÜ					
Frisieren	A/U TÜ VÜ					
Rasieren	A/U TÜ VÜ					
Haare waschen	A/U TÜ VÜ					
Ankleiden	A/U TÜ VÜ					
Auskleiden	A/U TÜ VÜ					
Maniküre	A/U TÜ VÜ					
Pediküre	A/U TÜ VÜ					
<b>DARM- UND BLASENENTLEERUNG</b>						
Harnausscheidung	A/U TÜ VÜ					
Stuhlgang/Stuhlprophylaxe	A/U TÜ VÜ					
Verwendung Leibstuhl/Harnflasche	A/U TÜ VÜ					
Wechseln von Inkontinenzmaterial	A/U TÜ VÜ					
Wechseln/Entleeren des Urin- bzw. Stomabeutels; Dauerkatheterpflege	A/U TÜ VÜ					
<b>ERNÄHRUNG</b>						
Nahrungszubereitung	A/U TÜ VÜ					
Aufnahme der Nahrung	A/U TÜ VÜ					
Mundgerechte Nahrungszubereitung	A/U TÜ VÜ					
Vorbereitung/Verabreichung der Sondennahrung	A/U TÜ VÜ					
Reinigung und Pflege der Sonde	A/U TÜ VÜ					
Medikamenteneinnahme	A/U TÜ VÜ					
<b>MOBILITÄT</b>						
Aufstehen/Zubettgehen	A/U TÜ VÜ					
Umlagern/Positionswechsel	A/U TÜ VÜ					
Gehen/Bewegen im Haus	A/U TÜ VÜ					
Stehen/Transfer	A/U TÜ VÜ					
Treppensteigen	A/U TÜ VÜ					
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung	A/U TÜ VÜ					
<b>HAUSWIRTSCHAFTLICHE VERSORGUNG</b>						
Einkaufen	A/U TÜ VÜ					
Kochen	A/U TÜ VÜ					
Wohnung reinigen	A/U TÜ VÜ					
Geschirr reinigen	A/U TÜ VÜ					
Wäscheversorgung	A/U TÜ VÜ					
Beheizen der Wohnung	A/U TÜ VÜ					



Erforderliche Hilfe bei:		morgens	mittags	abends	nachts 22-6 Uhr	Notizen
<b>KÖRPERPFLEGE</b>						
	Form der Hilfestellung					
Ganzkörperwäsche	A/U T Ü V Ü					
Teilwäsche	A/U T Ü V Ü					
Duschen	A/U T Ü V Ü					
Baden	A/U T Ü V Ü					
Zahn-/ Prothesen-/ Mundpflege	A/U T Ü V Ü					
Frisieren	A/U T Ü V Ü					
Rasieren	A/U T Ü V Ü					
Haare waschen	A/U T Ü V Ü					
Ankleiden	A/U T Ü V Ü					
Auskleiden	A/U T Ü V Ü					
Maniküre	A/U T Ü V Ü					
Pediküre	A/U T Ü V Ü					
<b>DARM- UND BLASENENTLEERUNG</b>						
Harnausscheidung	A/U T Ü V Ü					
Stuhlgang/Stuhlprophylaxe	A/U T Ü V Ü					
Verwendung Leibstuhl/Harnflasche	A/U T Ü V Ü					
Wechseln von Inkontinenzmaterial	A/U T Ü V Ü					
Wechseln/Entleeren des Urin- bzw. Stomabeutels; Dauerkatheterpflege	A/U T Ü V Ü					
<b>ERNÄHRUNG</b>						
Nahrungszubereitung	A/U T Ü V Ü					
Aufnahme der Nahrung	A/U T Ü V Ü					
Mundgerechte Nahrungszubereitung	A/U T Ü V Ü					
Vorbereitung/Verabreichung der Sondennahrung	A/U T Ü V Ü					
Reinigung und Pflege der Sonde	A/U T Ü V Ü					
Medikamenteneinnahme	A/U T Ü V Ü					
<b>MOBILITÄT</b>						
Aufstehen/Zubettgehen	A/U T Ü V Ü					
Umlagern/Positionswechsel	A/U T Ü V Ü					
Gehen/Bewegen im Haus	A/U T Ü V Ü					
Stehen/Transfer	A/U T Ü V Ü					
Treppensteigen	A/U T Ü V Ü					
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung	A/U T Ü V Ü					
<b>HAUSWIRTSCHAFTLICHE VERSORGUNG</b>						
Einkaufen	A/U T Ü V Ü					
Kochen	A/U T Ü V Ü					
Wohnung reinigen	A/U T Ü V Ü					
Geschirr reinigen	A/U T Ü V Ü					
Wäscheversorgung	A/U T Ü V Ü					
Beheizen der Wohnung	A/U T Ü V Ü					



**Erforderliche Hilfe bei:**

**Notizen**

		morgens	mittags	abends	nachts 22-6 Uhr	
<b>KÖRPERPFLEGE</b>						
	Form der Hilfestellung					
Ganzkörperwäsche	A/U T Ü V Ü					
Teilwäsche	A/U T Ü V Ü					
Duschen	A/U T Ü V Ü					
Baden	A/U T Ü V Ü					
Zahn-/ Prothesen-/ Mundpflege	A/U T Ü V Ü					
Frisieren	A/U T Ü V Ü					
Rasieren	A/U T Ü V Ü					
Haare waschen	A/U T Ü V Ü					
Ankleiden	A/U T Ü V Ü					
Auskleiden	A/U T Ü V Ü					
Maniküre	A/U T Ü V Ü					
Pediküre	A/U T Ü V Ü					
<b>DARM- UND BLASENENTLEERUNG</b>						
Harnausscheidung	A/U T Ü V Ü					
Stuhlgang/Stuhlprophylaxe	A/U T Ü V Ü					
Verwendung Leibstuhl/Harnflasche	A/U T Ü V Ü					
Wechseln von Inkontinenzmaterial	A/U T Ü V Ü					
Wechseln/Entleeren des Urin- bzw. Stomabeutels; Dauerkatheterpflege	A/U T Ü V Ü					
<b>ERNÄHRUNG</b>						
Nahrungszubereitung	A/U T Ü V Ü					
Aufnahme der Nahrung	A/U T Ü V Ü					
Mundgerechte Nahrungszubereitung	A/U T Ü V Ü					
Vorbereitung/Verabreichung der Sondennahrung	A/U T Ü V Ü					
Reinigung und Pflege der Sonde	A/U T Ü V Ü					
Medikamenteneinnahme	A/U T Ü V Ü					
<b>MOBILITÄT</b>						
Aufstehen/Zubettgehen	A/U T Ü V Ü					
Umlagern/Positionswechsel	A/U T Ü V Ü					
Gehen/Bewegen im Haus	A/U T Ü V Ü					
Stehen/Transfer	A/U T Ü V Ü					
Treppensteigen	A/U T Ü V Ü					
Verlassen/Wiederaufsuchen der Wohnung	A/U T Ü V Ü					
<b>HAUSWIRTSCHAFTLICHE VERSORGUNG</b>						
Einkaufen	A/U T Ü V Ü					
Kochen	A/U T Ü V Ü					
Wohnung reinigen	A/U T Ü V Ü					
Geschirr reinigen	A/U T Ü V Ü					
Wäscheversorgung	A/U T Ü V Ü					
Beheizen der Wohnung	A/U T Ü V Ü					



# Sozialhilfeverband Rohrbach

## **GESCHÄFTSSTELLE des Sozialhilfeverbandes Rohrbach:**

Am Teich 1, 4150 Rohrbach-Berg  
Tel.: 07289 88 51 -0  
office@shvro.at

## **KOORDINATION FÜR BETREUUNG UND PFLEGE**

Am Teich 1, 4150 Rohrbach-Berg  
Montag - Freitag 08:00 - 12:00 Uhr  
07289 88 51-69340 und -69341  
E-Mail: kbp@shvro.at

## **SOZIALBERATUNG**

**Termine nur nach Vereinbarung!**

**Sozialberatung in Rohrbach-Berg:** in der SHV Geschäftsstelle bei der BH Rohrbach; **Termine nur nach Vereinbarung!**

**Sozialberatung in Haslach:** im Bezirksalten- und Pflegeheim (BAPH) Haslach; **Termine nur nach Vereinbarung!**

**Sozialberatung in Kleinzell:** im BAPH Kleinzell;  
**Termine nur nach Vereinbarung!**

**Sozialberatung in Lembach:** im BAPH Lembach;  
**Termine nur nach Vereinbarung!**

**Sozialberatung in Aigen-Schlägl:** im BAPH Aigen-Schlägl;  
**Termine nur nach Vereinbarung!**

**Sozialberatung in Ulrichsberg:** im BAPH Ulrichsberg;  
**Termine nur nach Vereinbarung!**

Montag - Freitag 08:00 - 12:00 Uhr bzw. Dienstag 13:00 - 17:00 Uhr  
Tel.: 07289 88 51-69318 und -69344,  
E-Mail: sozialberatung@shvro.at

## **NOTARE IM BEZIRK ROHRBACH**

### **Mag. Ralph Öller**

Telefon: 07289 43 52  
Stifterstraße 12, 4150 Rohrbach-Berg  
kanzlei@notariat-rohrbach.at  
www.notariat-rohrbach.at

### **Mag. Dr. Clemens Etmayer, MBL (WU)**

Telefon: 07282 57 31  
Markt 18, 4120 Neufelden  
office@notariat-neufelden.at  
www.notariat-neufelden.at

### **Mag.<sup>a</sup> Christine Buchinger**

Telefon: 07281 62 32  
Kirchengasse 2, 4160 Aigen-Schlägl  
christine.buchinger@notar.at  
www.notarin-aigen.at

### **Dr. Teresa Streicher LL.M.**

Telefon: 07286 82 35  
Falkensteinstraße 22, 4132 Lembach  
kanzlei@notarin-streicher.at  
www.notarin-streicher.at



Daniela  
Sigl,  
Referentin



Michaela  
Lechner



Nadja  
Helbig-Lang



Daniela  
Loidl,  
Beraterin



Astrid  
Hörleinsberger,  
Beraterin



Sonja  
Haiberger,  
Beraterin





**Sozialhilfeverband Rohrbach**

Am Teich 1, 4150 Rohrbach-Berg

Tel.: +43 7289 88 51-0

E-Mail: [office@shvro.at](mailto:office@shvro.at)

[www.shvro.at](http://www.shvro.at)

