

Anmeldung zur Heimaufnahme

Langzeitpflege
 Kurzzeitpflege
 Tagespflege

- | | | |
|--------------------------|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> | Bezirksseniorenheim Freistadt, 4240 Freistadt, Bockaustraße 19, 07942/75711 Fax 222 | E: |
| <input type="checkbox"/> | Bezirksseniorenheim Lasberg, 4291 Lasberg, Oswalderstraße 19, 07947/20680 Fax 222 | Z: |
| <input type="checkbox"/> | Bezirksseniorenheim Pregarten, 4230 Pregarten, Bindergasse 6, 07236/6495 Fax 444 | T: |
| <input type="checkbox"/> | Bezirksseniorenheim Unterweißenbach, 4273 Unterweißenbach, Markt 235, 07956/20545 Fax 222 | |
| <input type="checkbox"/> | Alten- und Pflegeheim St. Elisabeth, 4261 Rainbach/M., Summerauer Straße 9, 07949/6791 Fax 30 | |
| <input type="checkbox"/> | Haus für Senioren Bad Zell, 4283 Bad Zell, Sonnenweg 1 | |

Familienname:		Geburtsname:	
Vorname(n):			
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Konfession:		Familienstand:	
Staatsangehörigkeit:		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch. seit:	
		Beruf vor der Pensionierung:	
Wohnadresse (Hauptwohnsitz)	PLZ	Wohnort, Straße	
Telefon 			<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> Familienverband
Derzeitiger Aufenthalt	<input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Heim	<input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> zu Hause
Nächste Angehörige – Kontaktperson/en – Kinder – Sonstige:			
"Erste/r" Ansprechpartner:			
1)		Wie verwandt?	
Vor- und Zuname			
PLZ	Wohnort, Straße	Telefon	
Pensionsdaten	Pens. Vers. Anstalt: Krankenkasse: SV (Pensions-)Nummer: PFLEGEgeld: <input type="checkbox"/> noch keines beantragt am: <input type="checkbox"/> ja Stufe: seit: <input type="checkbox"/> Erhöhung beantragt am Rezeptgebührenbefreit: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nachweis über dzt. Höhe des Pflegegeldes: <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht		
Anmerkung für die Heimaufnahme durch die Heimleitung:			

Sachwalter bzw. ges. Vertreter (Name, Anschrift, Tel.)	
Hausarzt (Name, Anschrift, Tel.)	
Weitere Angehörige – Kontaktperson/en – Kinder – Sonstige:	
<p>2)</p> <p>Vor- und Zuname Wie verwandt?</p> <p>PLZ Wohnort, Straße  Telefon</p> <p>3)</p> <p>Vor- und Zuname Wie verwandt?</p> <p>PLZ Wohnort, Straße  Telefon</p>	
Gewünschte Unterbringung <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> egal	
Termin für die Aufnahme <input type="checkbox"/> sofort <input type="checkbox"/> frühestens ab: <input type="checkbox"/> Vormerkung	
Erhalten Sie Hilfe durch einen mobilen Dienst? (z.B. Hauskrankenpflege) <input type="checkbox"/> ja, von wem? <input type="checkbox"/> nein Ist der mobile Dienst ausreichend? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, warum nicht?	
Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?	
Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. _____, am _____ <div style="text-align: right;">Unterschrift des Antragstellers od. gesetzlichen Vertreters/ Sachwalters</div>	
Beilagen:	
Nur für Langzeitpflege (unbedingt erforderlich!): <input type="checkbox"/> „ANTRAG AUF GEWÄHRUNG SOZIALER HILFE“ bei der Bezirkshauptmannschaft Freistadt, 4240 Freistadt, Promenade 5, 07942/702-315 <input type="checkbox"/> wird beantragt <input type="checkbox"/> wurde beantragt am:	

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme in ein Alten- u. Pflegeheim des Sozialhilfverbandes Freistadt

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen X, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Vor- und Zuname: _____

2. Anschrift: _____

3. Geburtsdatum bzw. Sozialversicherungsnummer: _____

4. Örtliche orientiert ja nein teilweise

5. Zeitlich orientiert ja nein teilweise

6. Situativ orientiert ja nein teilweise

7. Nachts ruhig ja nein

8. Gehfähigkeit ja nein

9. Stuhlinkontinenz ja nein

10. Harninkontinenz ja nein

11. Fremder Hilfe bedürftig? beim Essen beim Waschen
 beim Ankleiden beim Frisieren, Rasieren
 beim Aufstehen aus dem Bett
 beim Lagern zur Nachtruhe
 beim Benutzen der Toilette

12. Spezielle Diät nein ja, welche? _____

13. Suchtkrankheit nein ja, welche? _____

14. Ansteckende Krankheiten (TBC, Aids, Hepatitis C)

15. Ärztliche Diagnosen

16. Tetanusimpfung: nein ja wann?

17. Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____

18. Gefahrenprognose hinsichtlich einer Freiheitsbeschränkung _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes