

Seniorenwohnheim Piesendorf

Bezirk Zell am See

5721Piesendorf, Windbachgasse 107

Tel: 0 65 49 / 7256

Fax 0 65 49 / 7256-19e-mail: swh@piesendorf.salzburg.at

 DVR 0059056

 **Piesendorf, am :**

***Fragebogen zum Aufnahmeantrag***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Gewünschte Aufnahmeart:Bitte ankreuzen! |  Kurzzeitpflege |  Übergangspflege(bis zum Freiwerden eines Pflegebettes im SWH Ihrer Heimatgemeinde) | Daueraufnahme |

Wir bitten Sie folgende Fragen zu beantworten!

|  |
| --- |
| ***Angaben zur Person des Antragstellers:*** |
| Familien-und Vorname: |  |
| Geburtsname: |  |
| Geburtsdatum: |  |
| Geburtsort: |  |
| Fam. Stand: |  |
| Staatsangehörigkeit: |  |
| Religion: |  |
| Derzeitige Adresse: |  |
|  |
| Telefon: |  |
| Früherer Beruf: |  |
| Krankenversichert bei: |  |
| Sozialversicherungsnr.: |  |
| Hausarzt (Telefonnr.:): |  |
| Rezeptgebühren befreit: |  ja nein |

|  |
| --- |
| ***Einkommensverhältnisse / Einkommensarten*** |
| z.B.: Rente, Pension(letzte Pensionsbescheide beilegen), Ausgedinge, Unterhaltsbeiträge, Sonstiges |
| Rente und Unfallrente: | € | Leistungsträger: |
| Pension: | € | Leistungsträger: |
| Sonstiges: |
|  |
|  |
| Ausgleichszulage: |  ja nein |
| Pflegegeldbezug: |  ja nein  | Pflegestufe: |
| Antrag auf Pflegegeld gestellt: |  ja nein |  |
| Wann und wo? |  |  |
|  |  |
| Zimmerwunsch: |  |
| ***Gewünschter Aufnahmetermin:*** |  |

|  |
| --- |
| ***Angehörige oder sonstige Bezugspersonen (Vertrauensperson):*** |
| Familien-und Vorname: |  |
| Verwandtschaftsverhältnis: |  |
| Adresse: |  |
| Telefonnr.: |  |
|  |  |
| Familien-und Vorname: |  |
| Verwandtschaftsverhältnis: |  |
| Adresse: |  |
| Telefonnr.: |  |
|  |  |
| Familien-und Vorname: |  |
| Verwandtschaftsverhältnis: |  |
| Adresse |  |
| Telefonnr.: |  |

|  |
| --- |
| ***Allgemeiner Gesundheitszustand:*** |
| Bereits durchgeführt Pflegetätigkeiten: |  | ja | teilweise | nein |
| Von wem: | 1.Körperpflege |  |  |  |
| 2.An u. Auskleiden |  |  |  |
| 3.Medikamentengebarung |  |  |  |
| 4.Mobilitätshilfe |  |  |  |
| 5.Demenz (Verwirrtheit) |  |  |  |
| 6.Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme |  |  |  |
| 7.Inkontinenzversorgung |  |  |  |

*Folgendes wird erst bei Aufnahme ausgefüllt:*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aufnahmetag: |  |  |
| Dokument:  | Art: |  Nr.: |
| Bankverbindung: (KtNr., Blz.) |  |  |
| Kautionssparbuch abgegeben: |  ja   |  nein |
| Schlüssel ausgegeben: | ja |  nein |
| Schlüsselkaution abgegeben:  |  ja |  nein |
| Abbuchungsauftrag Gemeinde erledigt:Abbuchungsauftrag Apotheke erledigt: | ja ja |  nein nein  |
| Wäschmarkerl bezahlt: |  ja |  nein  |

|  |
| --- |
| Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers |