Ihr persönlicher Ansprechpartner ist:

Heimleiter Roland Miglbauer

Telefon +43 (7613) 2355-412

Telefax +43 (7613) 2355-499

miglbauer@laakirchen.ooe.gv.at

Seniorenheim Laakirchen

Wolfstraße 3

4663 Laakirchen

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **von** |  | | | | **bis** | |  |
| **Angaben zur betreuenden Person** | | | | | | | |
| Familienname | | | | Vorname | | | |
| Straße/Hausnummer | | | | PLZ | | Ort | |
| Telefonnummer | | | | E-Mail | | | |
| Geburtsdatum | | | Familienstand | Konfession | | | |
| Geldinstitut | | | | IBAN | | | |
| SV-Nummer | | Krankenkasse | | Rezeptgebührenbefreiung  Ja  Nein | | | |
| **Angaben zu Kontaktpersonen (im Bedarfsfall)** | | | | | | | |
| Familienname | | | | Vorname | | | |
| Wohnanschrift | | | | Telefonnummer | | | |
| Familienname | | | | Vorname | | | |
| Wohnanschrift | | | | Telefonnummer | | | |
| **Angaben zum Hausarzt** | | | | | | | |
| Name | | | | Adresse | | | |
| **Pflegegeld** | | | | | | | |
| Ja | | | | Nein | | | |
| Wenn ja, Pflegegeldstufe  1  2  3  4  5  6  7 | | | | seit | | | |
| **Einkommen** | | | | | | | |
| *Pensionen, freiwillige Werkspensionen, Unfallrenten, Bundessozialamt, ausländische Pension etc.*  *Bitte* ***Kopie des Pensionsnachweises*** *beilegen* | | | | | | | |
| Pension | | | | Nettobetrag in Euro | | | |

Ort und Datum Unterschrift

Bitte nachstehenden Gesundheitsfragebogen ausfüllen!

**GESUNDHEITSFRAGEBOGEN**

*(Beilage zum Antrag auf Kurzzeitpflege im Seniorenheim Laakirchen)*

Bitte die Gesundheitsfragen nach bestem Wissen und Gewissen ausfüllen. Wenn vorhanden, bitte ärztliche Atteste beilegen.

1. ***Körperlicher Zustand***

Welche Krankheiten oder Gebrechen liegen vor?

**Infektionsgefahr** (TBC, Hepatitis, HIV,…)  Ja, welche   Nein

Gehfähigkeit gegeben  Ja  Nein

Bettlägrigkeit  Ja  Nein

Ist die Person auf fremde Hilfe angewiesen?

beim Essen  Ja  Nein

beim Gehen  Ja  Nein

beim Aufstehen aus dem Bett  Ja  Nein

beim Benützen der Toilette  Ja  Nein

bei der Körperpflege  Ja  Nein

beim Niederlegen zur Nachtruhe  Ja  Nein

Harninkontinenz  Ja  Nein

Stuhlinkontinenz  Ja  Nein

Zustand der Haut (z.B. Decubitus, Ulcus)

Sonstige Behinderungen (z.B. Seh- oder Hörschwäche)

Hat die Person bereits Heilbehelfe? Wenn ja, welche

Zahnprothesenträger  Ja  Nein

Brillenträger  Ja  Nein

Hörgerät  Ja  Nein

Ist eine Diät notwendig?

Diabetiker  Breikost

Sondenpatient welche Sonde?

1. ***Geistiger Zustand***

Bestehen größere Charakteranomalien?

Die Person ist ja bedingt nein

örtlich orientiert

zeitlich orientiert

persönlich orientiert

Psychische Situation (Verhalten des Patienten):

Liegen psychische Störungen vor, durch die der Aufnahmewerber seine Umgebung (Personal, Mitbewohner, Sachen) oder sich selbst gefährdet?

Verhalten in der Nacht?

Seelische Situation (Gemütsstimmung):  freundlich  ängstlich

verdrießlich  aggressiv

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

1. ***Sonstiges***

Kommunikation und soziales Verhalten:  gestaltet persönlichen Alltag selbst

ist aktiv

ist passiv, läßt sich animieren

völlig zurückgezogen

Heimaufnahme: Die Person weiß vom Antrag auf Kurzzeitpflege  Ja  Nein

Wie steht die Person zum Antrag?  bejahend  ablehnend

Medikamente:

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

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers