



## AUFNAHMEANTRAG

Seniorenzentrum St. Georg Bergheim, Furtmühlstraße 2, 5101 Bergheim

Telefon: 0662/459606, Fax: 0662/459606 40, Mail: sz.bergheim@salzburger.hilfswerk.at

### PERSÖNLICHE INFORMATIONEN | ZUKÜNFTIGE/R BEWOHNER/IN

Familienname, Vorname, Titel			
Geburtsdatum		Geburtsort	
Geburtsname		Familienstand	
Wohnanschrift			
Telefonnummer			
Staatsangehörigkeit		Religion	
Krankenversicherung			
Zusatzversicherung			
Pensionsversicherung/en	1. 2.		
Sozialversicherungsnummer			
Mindestsicherung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Pflegegeldbezug	<input type="checkbox"/> Ja      Stufe: _____ Seit: _____ <input type="checkbox"/> Nein      Angesucht am: _____ <input type="checkbox"/> Erhöhungsantrag gestellt am: _____		
Rezeptgebührenbefreiung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Vorsorgevollmacht, Erwachsenenvertretung (EV)	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Gewählte EV <input type="checkbox"/> Gesetzliche EV <input type="checkbox"/> Gerichtliche EV Name: _____ <input type="checkbox"/> Keine vorhanden		



### WICHTIGSTE KONTAKTPERSON

Name			
Verwandtschaftsverhältnis   persönliche Beziehung			
Adresse			
Telefon		E-Mail	
Zusendung der Abrechnung? Wenn ja:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> per Mail	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> per Post	

### MEDIZINISCHE INFORMATIONEN | UNTERSTÜTZUNGSBEDARF

Wer unterstützt Sie derzeit Zuhause?			
Nehmen Sie derzeit ambulante Dienste in Anspruch? (Hauskrankenpflege, Heimhilfe, Essen auf Rädern, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Wenn ja, welche: _____ _____		
Messen Sie regelmäßig Vitalzeichen? (Blutzucker, Blutdruck, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	Wenn ja, welche: _____		
Benötigen Sie Unterstützung bei Bewegung und Mobilisation?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	_____		
Wenn ja, wobei genau:	_____ _____		
Benötigen Sie Unterstützung bei Körperpflege und Kleiden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	_____		
Wenn ja, wobei genau:	_____ _____		
Benötigen Sie Unterstützung bei der Nahrungs- und Getränke- aufnahme?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
	_____		
Wenn ja, wobei genau:	_____ _____		



Benötigen Sie Unterstützung bei der Ausscheidung? (Harn, Stuhl)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, wobei genau:	_____ _____ _____
Werden Inkontinenzartikel verwendet?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche:	_____
Gibt es weitere Hilfsmittel, die Sie verwenden? (Rollator, Rollstuhl, Kleiderschutz, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche:	_____
Haben Sie Allergien oder Unverträglichkeiten auf Medikamente oder Nahrungsmittel?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche:	_____
Wünschen Sie eine spezielle Kostform? (Diabeteskost, etc.)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wenn ja, welche:	_____
Größe & Gewicht	<input type="checkbox"/> Größe: _____ cm <input type="checkbox"/> Gewicht: _____ kg
Impfstatus   COVID-19	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Datum: _____ <input type="checkbox"/> Anmerkung: _____
Impfstatus   Influenza	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Datum: _____ <input type="checkbox"/> Anmerkung: _____
Hausarzt/Hausärztin (Name)	
Fachärzte/Fachärztinnen (Name & Fachgebiet)	
Was sollten wir noch über Sie wissen?	

### ORGANISATORISCHE INFORMATIONEN

Wann ist der gewünschte Aufnahmetermin?	<input type="checkbox"/> Ehestmöglich <input type="checkbox"/> Ab: _____ <input type="checkbox"/> Evidenz – Kontaktaufnahme durch Interessenten
Ist eine Reinigung der Oberbekleidung durch eine externe Wäscherei erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein, wird von Angehörigen gewaschen <i>Informationen zum Ablauf und zu dadurch anfallenden Kosten, erhalten Sie gerne durch die Administration.</i>



**PERSÖNLICHER LEBENSWEG | SOZIALES UMFELD | GEWOHNHEITEN**

Umstände des Aufwachsens (Stadt, Land, Bauernhof, ...)	
Namen und Berufe der Eltern	
Gibt es Personen zu denen besonderer Bezug besteht? (z.B. Geschwister, Nachbarn)	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Wenn ja, welche: _____
Schul- und Berufsausbildung	
Frühere Berufstätigkeit	
Name und Beruf des Partners	
Anzahl und Namen der Kinder	
Anzahl und Namen der Enkel und Urenkel	
Besondere Interessen   Vorlieben (Hobbys, Musik, Farben, Düfte)	
Ess- und Trinkgewohnheiten (was gerne/gar nicht, Uhrzeit)	
Besondere Werte   Charaktereigenschaften	
Lebensweg in Stichpunkten   bedeutende persönliche Lebensereignisse	
Bisheriger Tagesablauf   besondere Rituale	
Welche Erwartungen haben Sie an das Zusammenleben und den Alltag im neuen Zuhause?	

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des/der Antragstellers/in bzw.  
des/der gesetzlichen Vertreter/in