SOZIALHILFEVERBAND KIRCHDORF

ANTRAG

um Aufnahme in das

☐ Bezirksalten- und Pflegeheim **Kirchdorf**, 4560, Pernsteiner Str. 32, 07582/61600-0

☐ Bezirksalten- und Pflegeheim **Micheldorf**, 4563, Heiligenkreuzer Str. 7, 07582/62600-0

☐ Bezirksalten- und Pflegeheim **Kremsmünster**, 4550, Josef-Assam-Str. 3, 07583/5111-0

☐ Bezirksalten- und Pflegeheim **Windischgarsten**, 4580, Salzastr. 5, 07562/5422-0

☐ Gemeindealten- und Pflegeheim **Grünburg**, 4594, Messererstr. 12, 07257/7273-0

☐ Gemeindealten- und Pflegeheim **Ried/Traunkreis**, 4551, Hauptstr. 42, 07588/7216-0

Persönliche Verhältnisse

Familienname und Vorname	
Geburtsname	
Familienstand	
Geburtsdatum	
Geburtsort	

Wohnanschrift: seit:_____	_____
Bezirk	
Telefonnummer	
Staatsangehörigkeit	
Religionsbekenntnis	

Krankenversicherung	
Pensionsversicherung/en	1. 2.
Sozialversicherungsnummer	
Pflegegeldbezug	☐ Ja Stufe: seit wann: ☐ Nein angesucht am:
Rezeptgebührenbefreiung	☐ Ja ☐ Nein
Erwachsenenvertreter	☐ Ja Name:_____ ☐ Nein
Hausarzt	

Stand: August 2019

früherer Beruf	

Bezugsperson/Angehörige:

Ehegatte/in, Lebensgefährte/in	
Hauptansprech-/Pflegeperson Name, Verwandtschaftsverh., Adresse Tel Nr., **Email**	_____ _____ _____
Anzahl der Kinder	
Weitere nahe Angehörige / Ansprechperson, Adresse, Tel	

Wohnungsverhältnisse

Wie wohnen Sie derzeit:	☐ Wohnung ☐ Haus ☐ Alleine ☐ Angehörige leben im selben Haus(halt)
Heizung:	☐ Zentralheizung ☐ Holzofen ☐ Sonstige
Ist ein Badezimmer vorhanden?	☐ Ja ☐ Nein
Haben Sie Stiegen zu überwinden?	☐ Ja ☐ Nein

Pflegebedarf

Wobei benötigen Sie Unterstützung und Pflege?	
Wer pflegt Sie, seit wann? Name und Alter der Pflegepers. Verwandtschaftsverhältnis Lebensumstände der Pflegeperson (berufstätig, eigener Haushalt, ...)	
Nehmen Sie Hauskrankenpflege oder Mobile Hilfe in Anspruch?	☐ Ja welche: seit wann: ☐ Nein
Warum ist eine Betreuung zu Hause mit Unterstützung Mobiler Dienste nicht möglich?	
Beziehen Sie Essen auf Rädern?	☐ Ja ☐ Nein

_____ Ort, Datum

_____ Unterschrift des Antragstellers bzw. des **gesetzlichen** Vertreters

Beim Heimeintritt sind folgende Urkunden mitzubringen:
Geburtsurkunde, Staatsbürgerschaftsnachweis, Heiratsurkunde, ev. Sterbeurkunde des Ehegatten, aktueller Pensionsnachweis, Pflegegeldbescheid + Unterlagen die für den Sozialhilfeantrag von Nöten sind.

(ist vom Hausarzt oder vom Krankenhaus auszufüllen)

Antragsteller	
Diagnosen	
Bekannte Allergien	
Medikamente	
Wesentliche Vorerkrankungen	
Infektionsgefahr (Hepatitis, TBC, ...)	☐ Ja (welche): ☐ Nein
Psychische Störungen, durch die der Antragsteller seine Umgebung oder sich gefährdet	

Atmung	☐ unauffällig ☐ braucht Sauerstoff ☐ zeitweise ☐ dauernd ☐ Tracheostoma (seit):_____ ☐ muss abgesaugt werden ☐ Heimrespirator
Essen und Trinken	☐ selbstständig ☐ muss zum Essen angehalten werden ☐ Nahrung muss eingegeben werden
Ernährung	☐ Diät (welche): ☐ Breikost ☐ Schluckstörung ☐ Sonde (welche):
Mobilität	☐ selbstständig ☐ braucht Hilfsmittel, welche? ☐ Unterstützung bei: ☐ bettlägerig (seit):
Ausscheidung	☐ selbstständig ☐ Harninkontinenz ☐ Stuhlinkontinenz ☐ Fremdhilfe (welche): ☐ Dauerkatheter (welcher):

Körperpflege	☐ selbstständig ☐ tägliche Hilfe (welche): ☐ wird völlig durch Dritte übernommen
An-/Auskleiden	☐ selbstständig ☐ braucht Hilfe
Behandlungspflege	☐ selbstständiger Umgang mit Medikamenten bzw. Therapien ☐ Unterstützung beim Umgang mit Medikamenten bzw. Therapien ☐ Insulin → ☐ selbständig ☐ braucht Hilfe ☐ Überwachung der Medikamenteneinnahme ☐ Verbände/Therapien (welche):
Orientierung ☐ DEMENZ diagnostiziert: ___ / ___ MMSE	☐ völlig orientiert ☐ leichte Orientierungsschwierigkeiten ☐ schwankt zwischen leichter und schwerer Desorientierung ☐ dauernd schwer desorientiert ☐ desorientiert mit belastender Auswirkung auf die Umgebung (welche)
Verhalten in der Nacht	☐ orientiert ☐ desorientiert ☐ Schlafstörungen (welche):
Kommunikation und soziales Verhalten	☐ gestaltet persönlichen Alltag selbst ☐ ist passiv, lässt sich animieren ☐ völlig zurückgezogen ☐ Sinnesbeeinträchtigung ☐ sehen: ☐ hören: ☐ sprechen: ☐ Koma:
Beschreibung der seelischen Situation/Gemütsstimmung:	
Heimaufnahme	Antragsteller weiß um Heimaufnahme ☐ Ja ☐ Nein wie steht der Antragsteller zur Heimaufnahme ☐ bejahend ☐ ablehnend
Hinweise/Anmerkungen des Arztes	
Begründung der Notwendigkeit für eine Heimaufnahme	

_____ Ort, Datum

_____ Stampiglie und Unterschrift des Arztes