

Antrag zur Heimaufnahme

Abschnitt A (Seite 1-2)

für das:

- Seniorencentrum Neuhaus (9155 Neuhaus, Pudlach 33)
 Seniorencentrum Völkermarkt (9100 Völkermarkt, Nibelungenstraße 26)
 Seniorencentrum Kühnsdorf (9125 Kühnsdorf, Mitte 100)

Vom Aufnahmewerber auszufüllen:

Angaben zum/zur Aufnahmewerber/in:

Titel/Akad. Grade: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____

Geschlecht: männlich; weiblich

Familienstand: ledig, verheiratet, geschieden, verwitwet,

eingetragene Partnerschaft, aufgelöste hinterbliebene Partnerschaft,

hinterbliebener eingetragener Partner

Staatsbürgerschaft: _____

Sozialversicherungsnummer:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Sozialversicherungsträger:

Grund der Antragstellung:

Angaben zum Einkommen:

(bitte jeweils auch den Leistungsträger inkl. Aktenzahl anführen (z.B. PVA, AZ: K2581...))

pensionsauszahlende Stelle: _____

AZ: _____

zweite pensionsauszahlende Stelle: _____

AZ: _____

PflegegeldEinstufung

Höhe des Pflegegeldes: _____

Sonstige: _____

Das monatliches Gesamteinkommen inkl. Pflegegeld beträgt somit: _____

Beilagen (z.B. aktueller Pensions- und Pflegegeldbescheid):

Nächste/r Angehörige/r

Titel/Akad. Grade: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____

Datenschutzrechtlicher Hinweis:

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass die von Ihnen bekannt gegebenen Daten automationsunterstützt verarbeitet werden. Nähere Informationen zum Zweck und zur rechtlichen Grundlage der Verarbeitung, Speicherdauer und zu Ihren Rechten in Bezug auf die personenbezogenen Daten bzw. zur Ansprechperson für datenschutzrechtliche Belange finden Sie in der Datenschutzerklärung auf unserer Homepage unter www.vk-gv.at

Ort/Datum:

Unterschrift des/der Aufnahmewerbers/in
bzw. des/der Sachwalters/in

Antrag zur Heimaufnahme

Abschnitt B (Seite 3-4)

Sie werden ersucht den Abschnitt B, der vom Krankenhaus und/oder Hausarzt zu bestätigen ist, bis zur Verständigung durch den SHV über das Freiwerden eines möglichen Heimplatzes, entweder bereits ausgefüllt aufzubewahren bzw. ihn bei Verständigung durch den SHV so rasch als möglich ausfüllen oder bestätigen zu lassen.

Für den Fall, dass eine mögliche Heimaufnahme unmittelbar bevorstehen könnte, werden Sie ersucht, diesen Abschnitt ausgefüllt und unterschrieben zu einem mit der zuständigen Pflegedienstleitung stattfindenden persönlichen Gespräch mitzunehmen, bei welchem die pflegerische Indikation mit den Voraussetzungen des in Frage kommenden Pflegeheimstandortes abgeklärt werden soll!

vom Hausarzt/der Hausärztin/dem Krankenhaus auszufüllen:

Angaben zum/zur Aufnahmewerber/in:

Titel/Akad. Grade: _____

Vorname: _____

Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Rezeptgebührenbefreiung: ja, nein

Hausarzt/Hausärztin:

Bei Pflegebedürftigkeit vom behandelnden Arzt/Ärztin oder Krankenhaus auszufüllen:

Benötigt der Aufnahmewerber fremde Hilfe? ja, nein,

Mobilität beeinträchtigt? ja, nein,

Ist der Aufnahmewerber frei von ansteckenden Krankheiten? ja, nein,

Diät erforderlich? Wenn ja, welche? ja, nein,

Diagnose:

Psychischer Zustand (bei psychischen Erkrankungen ist ein fachärztliches Gutachten beizulegen):

Medikation:

Therapie- und/oder Rehabilitationsmaßnahmen oder sonstige Anmerkungen:

Datenschutzrechtlicher Hinweis:

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass die von Ihnen bekannt gegebenen Daten automationsunterstützt verarbeitet werden. Nähere Informationen zum Zweck und zur rechtlichen Grundlage der Verarbeitung, Speicherdauer und zu Ihren Rechten in Bezug auf die personenbezogenen Daten bzw. zur Ansprechperson für datenschutzrechtliche Belange finden Sie in der Datenschutzerklärung auf unserer Homepage unter www.vk-gv.at

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des
Hausarztes/der Hausärztin
bzw. des Krankenhauses

Antrag zur Heimaufnahme

Abschnitt C (Seite 5)

Von der Pflegedienstleitung bzw. vom Arzt auszufüllen:

Stellungnahme der pflegerischen Leitung bzw. ärztliche Stellungnahme:

Bestehen gegen die beabsichtigte Aufnahme Einwände? ja, nein,

wenn ja, Begründung:

Sollte die Erhöhung des Pflegegeldes beantragt werden? ja, nein,

wenn ja, warum?

Ort, Datum

Unterschrift Pflegedienstleitung/Arzt/Ärztin