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