

NUR bei KURZZEITPFLEGE:

VON: _____

BIS: _____



ANTRAG

um Aufnahme in das

- BAPH Kirchdorf**, 4560, Pernsteiner Str. 32, 07582/61600-0; ☎ baph-kirchdorf.post@shvki.at
- BAPH Micheldorf**, 4563, Heiligenkreuzer Str. 7, 07582/62600-0; ☎ baph-micheldorf.post@shvki.at
- BAPH Kremsmünster**, 4550, Josef-Assam-Str. 3, 07583/5111-0; ☎ baph-kremsmuenster.post@shvki.at
- BAPH Windischgarsten**, 4580, Salzastr. 5, 07562/5422-0; ☎ baph-windischgarsten.post@shvki.at
- GAPH Grünburg**, 4594, Messererstr. 12, 07257/7273-0; ☎ heimleitung@altenheim-gruenburg.at
- GAPH Ried/Trkr.**, 4551, Hauptstr. 42, 07588/7216-0; ☎ gah@altenheim.ried-traunkreis.at

Persönliche Verhältnisse

Familienname und Vorname	
Geburtsname	
Familienstand	
Geburtsdatum	
Geburtsort	

Wohnanschrift seit:	
Bezirk	
Telefonnummer	
Staatsangehörigkeit	
Religionsbekenntnis	

Krankenversicherung	
Pensionsversicherung/en	1. 2.
Sozialversicherungsnummer	
Pflegegeldbezug	<input type="checkbox"/> Ja Stufe: seit wann: <input type="checkbox"/> Nein angesucht am:
Rezeptgebührenbefreiung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Erwachsenenvertreter	<input type="checkbox"/> Ja, Name_____ <input type="checkbox"/> Nein
Hausarzt	
früherer Beruf	

Bezugsperson/Angehörige:

Ehegatte/in, Lebensgefährte/in	
Hauptansprech- /Pflegeperson: Name, Verwandschaftsverh., Adresse , , Tel Nr. E-Mail Adresse Geb-Datum	
Anzahl der Kinder	
Weitere nahe Angehörige., Adresse, Tel Nr.	

Wohnungsverhältnisse

Wie wohnen Sie derzeit:	<input type="checkbox"/> Wohnung	<input type="checkbox"/> Haus	<input type="checkbox"/> Alleine
	<input type="checkbox"/> Angehörige leben im selben Haus(halt)		
Heizung:	<input type="checkbox"/> Zentralheizung	<input type="checkbox"/> Holzofen	<input type="checkbox"/> Sonstige
Ist ein Badezimmer vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Haben Sie Stiegen zu überwinden?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Pflegebedarf

Wobei benötigen Sie Unterstützung und Pflege?	
Wer pflegt Sie, seit wann? Name und Alter der Pflegepers. Verwandschaftsverhältnis Lebenumstände der Pflegeperson (berufstätig, eigener Haushalt, ...)	
Nehmen Sie Hauskrankenpflege oder Mobile Hilfe in Anspruch?	<input type="checkbox"/> Ja welche: <input type="checkbox"/> Nein
Warum ist eine Betreuung zu Hause mit Unterstützung Mobiler Dienste nicht möglich?	
Beziehen Sie Essen auf Rädern?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Ort, Datum

**Unterschrift des Antragstellers (zukünftiger Bewohner) bzw.
des gesetzlichen Vertreters**

Ärztlich/pflegerisches Gutachten

(ist vom Hausarzt oder vom Krankenhaus auszufüllen)

Antragsteller	
Diagnosen	
Bekannte Allergien	
Medikamente	
Wesentliche Vorerkrankungen	
Infektionsgefahr (Hepatitis, TBC, ...)	<input type="checkbox"/> Ja (welche): <input type="checkbox"/> Nein
Psychische Störungen, durch die der Antragsteller seine Umgebung oder sich gefährdet	

Atmung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> braucht Sauerstoff <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/> Tracheostoma (seit): <input type="checkbox"/> muss abgesaugt werden <input type="checkbox"/> Heimrespirator
Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> muss zum Essen angehalten werden <input type="checkbox"/> Nahrung muss eingegeben werden
Ernährung	<input type="checkbox"/> Diät (welche): <input type="checkbox"/> Breikost <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> Sonde (welche):
Mobilität	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> braucht Hilfsmittel, welche? <input type="checkbox"/> Unterstützung bei: <input type="checkbox"/> bettlägrig (seit):
Ausscheidung	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Fremdhilfe (welche): <input type="checkbox"/> Dauerkatheter (welcher):

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

Ort, Datum

Stampiglie und Unterschrift des Arztes