GEMEINDE BERGHEIM

GROSSE HILFE, GANZ NAH. HILFSWERK

AUFNAHMEANTRAG ZUR KURZZEITPFLEGE

Seniorenzentrum St. Georg Bergheim, 5101 Bergheim, Furtmühlstraße 2
Telefon: 0662/459606, Mail: sz.bergheim@salzburger.hilfswerk.at

PERSÖNLICHE VERHÄLTNISSE des Kurzzeitpflegegastes

Familienname, Vorname, Titel	

Geburtsdatum			
		Familienstand	

Wohnanschrift	
Telefonnummer	

Staatsangehörigkeit		Religion	

Krankenversicherung	
Zusatzversicherung	
Sozialversicherungsnummer	
Pflegegeldbezug	☐ Ja Stufe: _____ Seit: _____ ☐ Nein Angesucht am: _____ ☐ Erhöhungsantrag gestellt am: _____
Rezeptgebührenbefreiung	☐ Ja ☐ Nein
Patientenverfügung	☐ Ja ☐ Nein
Vorsorgevollmacht, Erwachsenenvertretung (EV)	☐ Vorsorgevollmacht ☐ Gewählte EV ☐ Gesetzliche EV ☐ Gerichtliche EV Name:

© Hilfswerk Salzburg Seniorenheime gGmbH
FN 382734w (Betriebsführung)

GEMEINDE BERGHEIM

GROSSE HILFE, GANZ NAH. HILFSWERK

WICHTIGSTE KONTAKTPERSON

Name	
Verwandtschaftsverhältnis	
Adresse	
Telefon, Mail	

PFLEGEBEDARF des Kurzzeitpflegegastes

Warum ist eine Anmeldung gewünscht / notwendig?	
Wobei benötigt der Kurzzeitpflegegast Unterstützung und Pflege?	☐ Essen/Trinken ☐ Körperpflege ☐ Ankleiden ☐ Medikamtengebahrung ☐
Benötigte Pflegehilfsmittel?	☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐
Inkontinenzartikel benötigt?	☐ Ja ☐ Nein
Gibt es Besonderheiten wie Allergien/Unverträglichkeiten/ Diabetes?	
Wer unterstützt Sie im Moment?	
Hausarzt	
Gewünschter Hausarzt während des Kurzzeitpflegeaufenthaltes	☐ Dr. Bliem ☐ Dr. Rabl-Rößlhuber

© Hilfswerk Salzburg Seniorenheime gGmbH
FN 382734w (Betriebsführung)

Nehmen Sie ambulante Dienste/ Essen auf Rädern in Anspruch?	☐ Ja Welche: ☐ Nein

Ort, Datum

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

© Hilfswerk Salzburg Seniorenheime gGmbH
FN 382734w (Betriebsführung)