

AUFNAHMEANTRAG für ein NÖ Pflegeheim

ANTRAG auf Kostenübernahme



1. Persönliche Daten

Zutreffendes bitte ankreuzen

Familienname				Vorname			
Geburtsname				Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	
Geburtsdatum			Geburtsort				
Staatsbürgerschaft			Behörde			Zahl	
Familienstand			seit			Religion	
Telefon							
Hauptwohnsitz in den letzten 3 Jahren							
von			bis			Anschrift	
Bank			KontoNr.			Bankleitzahl	

Bestätigung der persönlichen Daten durch den Bürgermeister	
Datum	Stampiglie/Unterschrift des Bürgermeisters

2. Versicherungsdaten

Krankenkasse			
Versicherungsnummer			Rezeptgebührenbefreiung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Private Krankenversicherung			

3. Ehegatte, Kinder und sonstige Bezugspersonen

Bitte die für die Aufnahme zuständige Kontaktperson in der ersten Rubrik eintragen.

Familiennname		Vorname	
Geburtsdatum		Verwandtschaftsverhältnis	
Meldeadresse			
Telefon			

Familiennname		Vorname	
Geburtsdatum		Verwandtschaftsverhältnis	
Meldeadresse			
Telefon			

Familiennname		Vorname	
Geburtsdatum		Verwandtschaftsverhältnis	
Meldeadresse			
Telefon			

Familiennname		Vorname	
Geburtsdatum		Verwandtschaftsverhältnis	
Meldeadresse			
Telefon			

Familiennname		Vorname	
Geburtsdatum		Verwandtschaftsverhältnis	
Meldeadresse			
Telefon			

4. Angaben über das Einkommen

Pensionen			
monatlich Euro		von Pensionsstelle	
monatlich Euro		von Pensionsstelle	

Sonstige Einkommen: z.B. Vermietung, Verpachtung, Ausgedinge,			
monatlich Euro		von Auszahlungsstelle	
monatlich Euro		von Auszahlungsstelle	
monatlich Euro		von Auszahlungsstelle	

Wird Pflegegeld bezogen?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, welche Stufe:			
<input type="checkbox"/> Stufe 1	<input type="checkbox"/> Stufe 2	<input type="checkbox"/> Stufe 3	<input type="checkbox"/> Stufe 4
<input type="checkbox"/> Stufe 5	<input type="checkbox"/> Stufe 6	<input type="checkbox"/> Stufe 7	
Erhöhungsantrag gestellt?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am:
Wann wurde erstmals Pflegegeld bezogen?			

5. Angaben über das Vermögen

(Angabe des Kontostandes, Vermögensstandes, Vertragsdaten, Versicherungsgesellschaft, Polizznummer)

Sparguthaben, Sparbücher	
Bausparvertrag	
Lebensversicherung	
Sterbeversicherung	
Sonstige Vermögenswerte: z.B. Aktien, Wertpapiere,	
Grundbesitz: z.B. Haus, Eigentumswohnung, Angabe von KG/EZ/Einheitswert	

Wurde in den letzten 5 Jahren Vermögen verkauft/verschenkt/übergeben?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, Was? An wen?		

Die Vermögensangaben können entfallen, wenn seitens des Antragstellers und/oder den Angehörigen schriftlich die Verpflichtung übernommen wird, dass sie alle anfallenden Heimkosten monatlich in voller Höhe selbst bezahlen.

6. Kostenübernahme

<input type="checkbox"/> Ich beantrage die Kostenübernahme durch die Sozialhilfe ab	
---	--

7. Ergänzende Angaben

Leben Sie zur Zeit unter einer anderen Adresse? z.B. im Krankenhaus, bei Angehörigen,	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, wo und seit wann?		

Bei Krankenhausaufenthalt: Steht eine Entlassung bevor?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja, wann?		

Erhalten Sie Hilfe durch einen mobilen sozialen Dienst?		
<input type="checkbox"/> nein	Warum nicht?	
<input type="checkbox"/> ja	Welche Organisation?	

Gewünschtes Heim	
Gewünschtes Ersatzheim	
Haben Sie Wünsche an das Heim?	

Gewünschter Aufnahmeterrmin		
<input type="checkbox"/> möglichst sofort	<input type="checkbox"/> innerhalb der nächsten 4 Wochen	<input type="checkbox"/> innerhalb der nächsten 2 bis 4 Monate

Ich bin mit meiner Aufnahme in ein NÖ Pflegeheim einverstanden und bestätige mit meiner Unterschrift, dass die Angaben im Antrag vollständig und wahr sind. Der Aufnahmeantrag gilt als zurückgezogen, wenn ein angebotener Heimplatz nicht angenommen wird.

Ich bin auch damit einverstanden, dass die Sozialhilfebehörden und das Heim meine medizinischen Befunde und Auskunft über meinen Gesundheitszustand durch meine Ärzte, durch Krankenhäuser und durch Pflege- und Betreuungspersonal erhalten. Die Sozialhilfebehörden dürfen meine Gesundheitsdaten ausschließlich zum Zweck der Prüfung meiner Hilfebedürftigkeit, zur Erbringung der Hilfe sowie zur Durchsetzung der Ersatzansprüche nach dem NÖ Sozialhilfegesetz 2000 verwenden.

Ich bin bereit, eine meinem Einkommen und verwertbaren Vermögen angemessene Eigenleistung zu erbringen und mich an den Kosten der Heimunterbringung zu beteiligen.

Datum

Eigenhändige Unterschrift
des Antragstellers oder eines amtsbekannten Familienangehörigen oder des Sachwalters (Kopie der Sachwalterbestellung beilegen)

Ärztlicher Bericht
zum Antrag um Aufnahme in ein NÖ Pflegeheim

Frau/Herr

geb. am:

Derzeit bestehende Krankheiten, Leiden und Gebrechen: aktuelle medizinische Diagnosen:

Bestehen psychische Erkrankungen – welche? Ja Nein

- Bestehen depressive Phasen, seit wann? Ja Nein
- Bestehen aggressive Phasen, seit wann? Ja Nein
- Besteht Selbst- oder Fremdgefährdung, in welcher Form? Ja Nein
- Besteht Gefahr f. Gesundheit u. Leben durch Verwahrlosung, in welche Form? Ja Nein
- Besteht eine geistige Minderbegabung? Ja Nein

Bestehen Suchtkrankheiten – welche? Ja Nein

Infektionskrankheiten z.B. Hepatitis Ja Nein

Ist der Patient Keimträger MRSA ESBL Lokalisation

Zuletzt durchgeführte Behandlungen und Therapien:

Medikamentöse Therapie:

Stationäre Voraufenthalte (wo und wann) in den letzten beiden Jahren?

Fachärztliche Behandlungen:

- Magensonde: Ja Nein • PEG-Sonde: Ja Nein
- Besteht Inkontinenz: Ja Nein
- Stressinkontinenz Dranginkontinenz Funktionelle Inkontinenz
- Reflexurininkontinenz Stuhlinkontinenz
- Katheter: Ja Nein
- Trachealkanüle Ja Nein • Beatmet: Ja Nein

Psychischer Status:

Örtliche und zeitliche Orientierung:

- | | | | |
|------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| • voll orientiert | <input type="checkbox"/> | • wechselnd orientiert | <input type="checkbox"/> |
| • leicht desorientiert | <input type="checkbox"/> | • desorientiert | <input type="checkbox"/> |
| | | • Tag/Nacht Umkehr | <input type="checkbox"/> |

äußert sich durch:

Mobilität:

Situation in den Nachtstunden:

- | | |
|--|--------------------------|
| • gelegentliche Schlafunterbrechung | <input type="checkbox"/> |
| • häufige Schlafunterbrechung ohne triviale Unruhe | <input type="checkbox"/> |
| • zeitweise Schlafunterbrechung mit trivialer Unruhe | <input type="checkbox"/> |
| • nächtliche Verwirrtheit mit trivialer Unruhe | <input type="checkbox"/> |

Kommunikationsfähigkeit und Sozialkontakte:

- | | |
|----------------------------|--------------------------|
| • ungestörte Kommunikation | <input type="checkbox"/> |
| • Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> |
| • Hörbehinderung | <input type="checkbox"/> |
| • Sprachbehinderung | <input type="checkbox"/> |

Wird eine bestimmte Kostform (Diät) benötigt – welche?

Ernährung:

- | | | |
|----------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Adipositas | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Mangelernährung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Gefahr der Mangelernährung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Normalgewicht | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Anmerkungen: (Warum ist eine Pflege zu Hause nicht möglich? Übergangspflege? Prognose des Gesundheitszustandes, ect.):

Datum

Name des Arztes (leserlich)

Unterschrift und Stampiglie

Indikationsliste für den Einzug in ein Pflegeheim

Name: _____

Geboren am: _____

Adresse: _____

Selbständigkeitsindex nach Jones

Legende

- 0: vollkommen selbständig (erledigt die Aktivität zu 100% selbst)
- 1: großteils selbständig (braucht Erinnerung bzw. etwas Hilfe)
- 2: geringfügig selbständig (ist zu 50% auf fremde Hilfe angewiesen)
- 3: großteils unselbständig (zu mehr als 50% auf fremde Hilfe angewiesen)
- 4: vollkommen unselbständig (Aktivität muss zu 100% übernommen werden)

Aktivität	0	1	2	3	4
Trinken (und essen) (Vorbereitung, Zerkleinern, Einnahme von Nahrung)	<input type="checkbox"/>				
Kleiden	<input type="checkbox"/>				
Waschen	<input type="checkbox"/>				
Harnausscheidung	<input type="checkbox"/>				
Stuhlausscheidung	<input type="checkbox"/>				
Mobilität	<input type="checkbox"/>				
Kommunizieren (sich mitteilen und verstehen können – hören, sehen, sprechen)	<input type="checkbox"/>				
Sich beschäftigen (arbeiten, sich mit etwas befassen können, sinnvolle Tätigkeiten übernehmen können)	<input type="checkbox"/>				
Für (eigene) Sicherheit sorgen	<input type="checkbox"/>				

Betreuungsindex:

Orientierung	0	1	2	3	4
sich in den eigenen Räumen und der Umgebung zurechtfinden (wieder nach Hause finden)					
Zeiten richtig erfassen (Jahreszahl, Jahreszeit, Tag/Nacht, etc.)					
in Situationen angemessen agieren und Fragen zur eigenen aktuellen Lebenssituation richtig beantworten können					
Fragen zur eigenen Person richtig beantworten können					

Soziale Kompetenz:	0	1	2	3	4
Hält regelmäßige soziale Kontakte					
alltägliche Dinge erledigen (Haushalt, einkaufen gehen, etc.)					
Medikamente einnehmen					
für soziale und körperliche Bedürfnisse sorgen					
Umgang mit psychischen Gesundheitsstörungen					

Fremdgefährdung

- 0. keine
- 1. verbale Drohungen
- 2. körperliche Drohungen
- 3. aggressives Verhalten
- 4. verbale und körperliche Gewalt

Familiäre Betreuungsmöglichkeiten

- 0. ausreichend gesichert
- 1. mit externer Hilfe gesichert
- 2. mittelfristig gesichert
- 3. kurzfristig gesichert
- 4. nicht vorhanden

Betreuung mobile Dienste

- 0. nicht erforderlich
- 1. unterstützend tätig
- 2. übernimmt Pflege
- 3. übernimmt intensive Pflege
- 4. nicht möglich

Betreuung durch:

(Träger und Sozialstation)

Prognose der Schwere der Pflegebedürftigkeit

- 0. vorübergehend
- 1. kurzfristig
- 2. längerfristig
- 3. keine Verbesserung
- 4. Verschlechterung wird erwartet

Gesamtpunkteanzahl:

Anmerkungen: (Warum ist eine Betreuung zu Hause nicht möglich? Verhalten /Betreuung in der Nacht? etc.)

Für eventuelle Rückfragen:

Die Indikationsliste wurde ausgefüllt von:

- Antragsteller
- Angehöriger
- Krankenhaus
- Soziale Dienste

Familienname: _____ Vorname: _____

Telefonnummer: _____ Datum: _____