

Vormerkantrag

Aufnahme für Dauerpflege,
Langzeitpflege in die...

GROSSE HILFE,
GANZ NAH.



Senioren pension Draßmarkt

Augasse 9, A-7372 Draßmarkt
+43 2617 21 330 Fax-Nr. +43 2617 21 330-50
drassmarkt@burgenland.hilfswerk.at

Senioren pension Limbach

Hilfswerkstraße 1, A-7543 Limbach
+43 3328 324 77 Fax-Nr. +43 3328 324 77-10
limbach@burgenland.hilfswerk.at

Senioren pension Eisenstadt

Ing. Alois Schwarz-Platz 3, A-7000 Eisenstadt
+43 676 88 266-0 Fax-Nr. +43 2682 61 254
senioren pension.eisenstadt@burgenland.hilfswerk.at

Senioren pension Lockenhaus

Schulgasse 1, A-7442 Lockenhaus
+43 2616 219 74 Fax-Nr. +43 2616 219 74-55
lockenhaus@burgenland.hilfswerk.at

Senioren pension Güttenbach

Am Park 1, A-7536 Güttenbach
+43 3327 228 34 Fax-Nr. +43 3327 228 34-10
guettenbach@burgenland.hilfswerk.at

Senioren pension Purbach

Schulgasse 19, A-7083 Purbach
+43 2683 56 043 Fax-DW 60
purbach@burgenland.hilfswerk.at

Angaben zur Person

Zutreffendes bitte ankreuzen

Name:

Adresse:

Telefonnummer:

Sozialvers.-Nr.: Geburtsdatum:

Sozialversicherungsträger	<input type="checkbox"/> ÖGK	<input type="checkbox"/> SVA	<input type="checkbox"/> sonstige
Pflegegeldstufe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Pflegestufe	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7
Antrag auf Erhöhung Pflegegeldstufe gestellt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein wenn JA, Datum der Antragstellung	
Rezeptgebührenbefreiung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		

Ansprechperson/Angehörige/gesetzliche Vertreter

Name:

Beziehung zum Antragsteller

Adresse:

.....

Telefonnummer:

E-Mail:

KLIENT DER HILFSWERK BURGENLAND HAUSKRANKENPFLEGE
PSB PFLEGENDER ANGEHÖRIGER

ERWACHSENENVERTRETER

Ja

Nein

Name:

Adresse:

.....

Tel:

ZIMMERWUNSCH

Einzelzimmer

Doppelzimmer

GEWÜNSCHTES AUFNAHMEDATUM

sofort

in 4-6 Monaten

in 1-3 Monaten

in mehr als 6 Monaten

Ärztliche Diagnosen	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Demenz/Alzheimer
	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Herzinfarkt
	<input type="checkbox"/> Beatmung	<input type="checkbox"/> Wachkoma
	<input type="checkbox"/> Perfusorthherapie/ i.v./ Schmerzpumpe	<input type="checkbox"/> Aktuell: Keimträger MRSA ESBL, Covid 19
	<input type="checkbox"/> Korsakov Demenz nach Alkoholabusus	<input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrische Diagnose
	<input type="checkbox"/> Rückenmarksverletzungen	<input type="checkbox"/> Bariatrisch/schwer adipös ab BMI 30; 150kg
<input type="checkbox"/> Schwere Behinderung und erhöhter Pflegebedarf (vor allem unter 40 Lebensjahren)	<input type="checkbox"/>	

Zusätzliche Immunisierungs-Informationen, Impfungen	<input type="checkbox"/> Tetanusschutz	<input type="checkbox"/> Hepatitis A / Hepatitis B
	<input type="checkbox"/> Covid 19	<input type="checkbox"/> Sonstiges
	<input type="checkbox"/> FSME	

Besondere pflegerische Bedürfnisse bei...	<input type="checkbox"/> Magensonde	<input type="checkbox"/> Sauerstoff-Bedarf
	<input type="checkbox"/> Nachtaktivität	<input type="checkbox"/> Schmerzpumpe
	<input type="checkbox"/> Wandertrieb	<input type="checkbox"/> nächtliche Unruhe
	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

Hilfestellung bei...	<input type="checkbox"/> Medikamentengabe	<input type="checkbox"/> Mobilisation
	<input type="checkbox"/> Mahlzeiten	<input type="checkbox"/> Orientierung zur Person
	<input type="checkbox"/> Körperpflege	<input type="checkbox"/> Orientierung zur Situation
	<input type="checkbox"/> Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Sonstiges

Mobilisation	gehfähig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	mit Rollator	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	Rollstuhlbenutzung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	bettlägrig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Bestehende Allergien oder Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	welche

Diabetiker:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> insulinpflichtig
--------------------	---

Ernährung	<input type="checkbox"/> Normalkost <input type="checkbox"/> Breikost <input type="checkbox"/> Sondennahrung
	<input type="checkbox"/> Spezielle Diät

Allfällige persönliche Anmerkungen

Ich bestätige hiermit, dass in den letzten 28 Tagen keine Kurzzeitpflege vorangegangen ist. Wir gehen davon aus, dass wir Ihre Angaben speichern und in vertraulicher Evidenz halten können. Wir bitten Sie, uns Veränderungen Ihrer Anfrage oder eine etwaige Absage Ihrerseits bekanntzugeben.

Ja, ich _____ melde mich für einen freien Pflegeplatz in obengenannten Seniorenpension an.

Die Aufnahme in unsere Seniorenpensionen erfolgt nach Verfügbarkeit der freien Pflegeplätze und unter Berücksichtigung pflegerischer und persönlicher Gegebenheiten. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Die endgültige Aufnahme in unsere Seniorenpension wird erst mit Unterzeichnung eines Heimvertrags rechtswirksam.

Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers/gesetzlichen Vertreters