



GEMEINDEVERBAND
„Haus der Senioren Radstadt“

Aufnahmewunsch:

- Daueraufenthalt ab:
 Kurzaufenthalt von - bis:

ANMELDEBOGEN

1. Angaben zur Person

Vor- und Zuname	Geburtsname	Geburtsdatum/Ort
	Familienstand	Religion
Adresse (Wohnsitz)	Versicherung/Pensionskasse	Vers.Nr

2. Vertrauensperson

(Für wichtige und vertrauliche Angelegenheiten. Änderung der Person nur schriftlich möglich!)

Vor- und Zuname	Tel.Nr.
Adresse	Email

3. Erwachsenenvertreter (wenn vorhanden)

Vor- und Zuname	Tel.Nr.
Adresse	Email

4. Angehörige

Vor- und Zuname, Verwandtschaftsgrad	Adresse	Tel.Nr
		Email
		Tel.Nr.
		Email

5. Möblierung (ich möchte folgende Möbel mitnehmen)

z.Bsp.: Stuhl, Tisch, Bett,...

6. Soziale Dienste (Ich nutze/beziehe zur Zeit ...)

Pflegegeld - Stufe	<input type="checkbox"/> Krankenhaus allg.	<input type="checkbox"/> Hauskrankenpflege	<input type="checkbox"/> Mittagstisch
	<input type="checkbox"/> LNK	<input type="checkbox"/> Haushaltshilfe	<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern
	<input type="checkbox"/> Geriatrie	<input type="checkbox"/> Tagespflege	<input type="checkbox"/> anderes Heim

7. Pflege durch Angehörige

Ich werde gepflegt von:	Seit:
-------------------------	-------

8. Wohnverhältnisse (Ich wohne zur Zeit ...)

<input type="checkbox"/> allein	<input type="checkbox"/> im Erdgeschoß
<input type="checkbox"/> mit Partner	<input type="checkbox"/> im Obergeschoß
<input type="checkbox"/> in der Nähe der Kinder	<input type="checkbox"/> Wohnung ist stufenlos erreichbar

9. Kostentragung

Ich zahle den Aufenthalt selbst.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich beziehe bereits Sozialhilfe.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Ich werde Sozialhilfe beantragen.	<input type="checkbox"/> ja (Verfahren läuft)	<input type="checkbox"/> nein

10. Inkontinenz/Stuhlregulierung

Inkontinenzform	Inkontinenzhilfen	Benützt
<input type="checkbox"/> Harninkontinez	<input type="checkbox"/> Windel	<input type="checkbox"/> Toilette
<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinez	<input type="checkbox"/> Einlagen	<input type="checkbox"/> Leibstuhl
	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Schüssel
		<input type="checkbox"/> Harnflasche

11. Hautzustand/Körpergewicht

<input type="checkbox"/> Dekubitus Beschreibung (Größe? Wo?...)	<input type="checkbox"/> Verbandswechsel <input type="checkbox"/> Stützstrümpfe <input type="checkbox"/> Beine bandagieren
<input type="checkbox"/> Körpergewicht	

12. Sonstiges

13. Vertrauensarzt/Hausarzt

Arzt	Adresse	Telefon
<input type="checkbox"/> Ordination Dr. Maier-Walter	Stadtplatz 8, 5550 Radstadt	06452/ 4280
<input type="checkbox"/> Ordination Dr. Aufmesser	Judenbühel 3, 5550 Radstadt	06452/ 7501
<input type="checkbox"/>		

14. Bestätigung durch den Sprengelarzt

15. Aufnahme

Unterschrift Bewohner/VertreterIn

Aufnahme am:

16. Wichtiger Hinweis

Aus der Anmeldung kann kein Recht auf Aufnahme zu einem bestimmten Zeitpunkt abgeleitet werden. Wer die Aufenthalts- und Pflegekosten nicht zur Gänze bestreiten kann, hat die Möglichkeit, einen Antrag auf Sozialhilfe einzubringen. Da Sozialhilfe nur unter bestimmten Voraussetzungen gewährt wird, ist die Abklärung der Kostenübernahme mit dem Wohnsitzsozialamt erforderlich. Für Personen aus dem Pongau ist das Sozialamt der Bezirkshauptmannschaft St.Johann zuständig: 5600 St.Johann, Hauptstraße 1, Tel.: 06412/6101



GEMEINDEVERBAND
„Haus der Senioren Radstadt“

PFLEGEBEDARF

Name:

1. MOBILITÄT

- 1 Selbstständig
- 2 Selbstständig gefähig bzw. mobil mit Hilfsmittel
- 3 Gefähig mit teilweiser Unterstützung einer Person
- 4 Gefähig mit Hilfe zweier Personen
- 6 Weitgehende Bettlägrigkeit
- 7 Vollständige Bettlägrigkeit

2. ESSEN UND TRINKEN

- 1 Essen und Trinken selbstständig
- 2 Nahrung muss vorbereitet werden, isst und trink selbstständig
- 3 Vorbereiten und/oder teilweises Beobachten während der Nahrungsaufnahme
- 4 Vorbereitung von Essen und Trinken, der Bewohner muss zum Essen gebracht werden
- 5 Nahrung und Getränke müssen teilweise eingegeben werden
- 6 Nahrung muss vollständig eingegeben werden
- 7 Künstliche Ernährung oder Überwachung der Ein- und Ausfuhr

3. ZIMMERVERSORGUNG

- 1 Eigenständig
- 2 Gelegentliche Hilfe ist notwendig
- 3 Gelegentliche Hilfe für die allgemeine Ordnung ist angebracht
- 4 Wöchentliches Aufräumen ist geboten
- 5 2-3 Mal wöchentliches Aufräumen ist geboten
- 6 Tägliches Aufräumen ist von Nöten, geringe Eigenleistung
- 7 Volle Übernahme der Versorgung

4. AUSSCHIEDUNG

- 1 Selbstständig
- 2 Muss zeitweise zur Toilette geführt, oder daran erinnert werden
- 3 Muss laufend zur Toilette geführt werden
- 4 Fremdhilfe nötig:Flasche, Schüssel, Leibstuhl, bei Einlagewechsel ist Hilfe erforderlich
- 5 Fallweise Inkontinenz, bis zu 3x in der Woche, Einnahme v. Entwässerungsmedikamenten
- 6 Harninkontinenz - Inkontinenzpflege
- 7 Stuhl- und Harninkontinenz

5. KÖRPERPFLEGE

- 1 Selbstständig
- 2 Selbstständig, fallweises Anhalten zur Körperpflege
- 3 Wöchentliche Hilfe bei baden, duschen, Nagelpflege, fallw. bei Körperpflege mithelfen
- 4 Leichte Mithilfe bei der täglichen Körperpflege
- 5 Braucht tägl. Anregung/Anleitung u. Beaufsichtigung zur Körperpflege
- 6 Intensive Hilfe bei der Körperpflege, außer Gesicht und Hände
- 7 Körperpflege wird völlig übernommen

6. ANZIEHEN UND AUSKLEIDEN

- 1 Alleine möglich, übernimmt die Versorgung der Wäsche selbst
- 2 Alleine möglich, Versorgung der Schmutzwäsche wird von Person übernommen
- 3 Alleine möglich, Hilfe bei der Vor- und Nachbereitung der Wäsche ist angezeigt
- 4 Anleitung für einzelne Verrichtungen ist noch von Nöten
- 5 Hilfe bis zu max. 3 Verrichtungen
- 6 Hilfe für mehr als 3 Verrichtungen
- 7 Nur mit Hilfe möglich

7. LAGERUNG

- 1 Nicht notwendig
- 2 Verwendung von max. 2 Hilfsmitteln, Lagerung beim zu Bett gehen
- 3 Lagerung im Bett zu Mahlzeiten, ruhen und schlafen
- 4 Verwendung von mind. 3 Hilfsmitteln nötig
- 5 Lagerwechsel nachts, vorgegebene Zeiten
- 6 Regelmäßiges Umlagern mit Lagerungsmaterial

8. SPEZIELLE PFLEGE (Pflegerisch-med.-therap. Maßnahmen)

- 1 Es ist keine spezielle Pflege notwendig (Behandlungspflege durch Arzt oder Pflegepers.)
- 2 Nach Vorbereitung und Anleitung führt der Patient seine Behandlung selbst durch
- 3 Wie Punkt 2 jedoch 3-4 Mal in der Woche wie Punkt 4
- 4 Tägl. Kontrolle und/oder leichte Beh. Angem. (RR, BZ, Hörger.Einreib., Bandagen, etc.)
- 5 Tägl. Unterstüt./übern.Pflege (Verbandw.,Salbenther., Bandagen,...)
- 6 Umfangreiche Pflege (2-3x Verbandw., Umfangreiche Dek.beh.regelm.Klysmen/Einläufe)
- 7 Intensive Pflege (z.B. regelm. Absaugen, häufig Verbandwechsel,Seitenausgang)

9. MEDIKAMENTENEINNAHME

- 1 Selbstständig
- 2 Besorgen der Medikamente, sonst selbstständig
- 3 Medikamente werden vorbereitet
- 4 Vorbereiten und austeilen der Medikamente
- 5 Abgabe und Überwachung der Medikamenteneinnahme
- 6 Erschwerte Medikamenteneinnahme
- 7 Zwangsläufig erhöhter Zeitaufwand (Medikamente zerdrücken ...)

10. ORIENTIERUNG

- 1 Voll orientiert
- 2 Zeitweise desorientiert, findet sich in gewohnter Umgebung zurecht
- 3 Leichte Orientierungsschwierigkeiten, bedarf der Hilfe anderer Personen
- 4 Desorientiert meist nur nachts

- 5 Schwankt zwischen leichter und schwerer Desorientierung
- 6 Dauernd schwer desorientiert - Einzeltherapie
- 7 Schwer desorientiert mit belastenden Auswirkungen auf die Umgebung

11. KOMMUNIKATION UND SOZIALES VERHALTEN

- 1 Gestaltet Alltag selbst, aktives Verhalten, keine Einschränkungen
- 2 Weitgehend selbstständige Tagesgestaltung, kommuniziert nur wenn angesprochen
- 3 Passiv, lässt sich jedoch zu Aktivitäten und Unternehmungen animieren
- 4 Deutliche Herabsetzung von einer od. mehreren Sinnesfunktionen, bzw. Ausfall
- 5 Ausfall mehrerer Sinnesfunktionen
- 6 Zurückgezogen, kann und/oder will nicht am Heimalltag teilnehmen
- 7 Kommunikationsfähigkeit ist eingeschränkt, Auffassungs- und Ausdrucksstörungen

12. GEISTIG - PSYCHISCHE SITUATION

- 1 Ausgeglichen
- 2 Ausgeglichen durch Einnahme von Medikamenten
- 3 Geringfügige Veränderungen - Stimmungsschwankungen
- 4 Einige Zeit anhaltende Veränderung, z.Bsp. Uneinsichtigkeit
- 5 Wiederkehrende Veränderungen Hemmungen/Antrieb, fallw. Mißbrauch b. Suchtkranken
- 6 Aufgrund d. psych.Erkr. Selbst-oder Fremdgefährdung: Beobachtung dringend geboten
- 7 Kontinuierliche Beobachtung und tägliche zeitintensive Betreuung zwingend

Unterschrift Bewohner/VertreterIn