Aufnahmeantrag für ein NÖ Pflegeheim

Allgemeine Information
Antrag nach dem NÖ Sozialhilfegesetz 2000 auf Kostenübernahme bei Stationärer Pflege
Empfangsstelle
Bezirksverwaltungsbehörde

Antragstellende Person

Anrede * ☐ Frau ☐ Herr

Vorname * _____

Familienname * _____

Familienstand * ☐ ledig ☐ geschieden ☐ verwitwet
☐ verheiratet ☐ getrennt lebend ☐ Haushaltsgemeinschaft
☐ eingetragene Partnerschaft ☐ Lebensgemeinschaft

Staatsbürgerschaft * _____

Stellvertretung * ☐ ja: _____
☐ nein

Bank * _____ IBAN * _____

Adresse

Straße * _____

Hausnummer * _____ Stiege _____ Tür _____

Postleitzahl * _____ Ort * _____

Kontaktdaten

Telefon * _____

E-Mail _____

Versicherungsdaten

Krankenkasse * _____

Versicherungsnummer (10-stellig) * _____

Rezeptgebührenbefreiung* ☐ ja ☐ nein

Private Krankenversicherung _____

Angaben zum Ehegatten

Anrede ☐ Frau ☐ Herr

Vorname _____

Familienname _____

Verfügt Ihr Ehegatte über ein Einkommen (Pension, Mieteinnahmen usw.)? ☐ ja ☐ nein

Kontaktdaten einer Ansprechperson (Bitte die für die Aufnahme zuständige Kontaktperson in die erste Rubrik eintragen)

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		Verwandtschafts-verhältnis	
Adresse		Telefon	

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		Verwandtschafts-verhältnis	
Adresse		Telefon	

Familienname		Vorname	
Geburtsdatum		Verwandtschafts-verhältnis	
Adresse		Telefon	

Einkommen (in Euro)

☐ Pension _____

von Pensionsstelle: _____

☐ Rente _____

von Rentenstelle: _____

☐ Gewinne aus Sparguthaben/Sparbüchern _____

☐ Gewinne aus Bausparvertrag _____

☐ Gewinne aus Lebensversicherung _____

☐ Sonstiges (Mieteinnahmen, Aktien usw.) _____

Pflegegeld

Wird Pflegegeld bezogen? * ☐ ja, Stufe: _____ ☐ nein

Antrag bzw. Erhöhungsantrag gestellt? * ☐ ja, am _____ ☐ nein

Wann wurde erstmals Pflegegeld bezogen? _____

Ergänzende Angaben

Leben Sie derzeit unter einer anderen Adresse (z.B. im Krankenhaus, bei Angehörigen)? *

☐ ja, Adresse: _____ ☐ nein

Bei Krankenhausaufenthalt: Steht eine Entlassung bevor?

☐ ja, am: _____ ☐ nein

Erhalten Sie Hilfe durch einen mobilen sozialen Dienst? *

☐ ja, Organisation: _____

☐ nein, warum nicht? _____

Gewünschtes Heim * _____

Gewünschtes Ersatzheim * _____

Haben Sie Wünsche an das Heim? _____

Gewünschter Aufnahmetermin *

☐ möglichst sofort

☐ innerhalb der nächsten 4 Wochen

☐ innerhalb der nächsten 2-4 Monate

Beilagen

Staatsbürgerschaftsnachweis	☐ beigelegt
Einkommensnachweise (z.B. Pension)	☐ beigelegt
Nachweis über den Pflegegeldbezug	☐ beigelegt

Zustimmung

☐ Zur Vereinfachung des Verfahrens bin ich mit der elektronischen Kommunikation per E-Mail einverstanden.

Erklärungen, Verpflichtungen, Datenschutz

Ich bin mit meiner Aufnahme in ein NÖ Pflegeheim einverstanden und bestätige, 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, entsprechend den gesetzlichen Vorgaben, mein Einkommen und pflegegeldbezogenen Leistungen einzusetzen und mich an den Kosten der Heimunterbringung zu beteiligen.

Datenschutz

Allgemeine Informationen nach Artikel 13 DSGVO

Gemäß Art. 13 der Datenschutz-Grundverordnung möchten wir Sie informieren, dass die von Ihnen bekannt gegebenen personenbezogenen Daten (elektronisch) verarbeitet werden. Detaillierte Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten, Ihren Rechten als betroffene Person einer Datenverarbeitung sowie zum Beschwerderecht bei der Datenschutzbehörde sind im Internet unter www.noe.gv.at/datenschutz abrufbar.

Übermittlung

Bezirkshauptmannschaft:

Bitte speichern Sie das ausgefüllte Formular lokal auf Ihrem Gerät ab und laden Sie dieses, wenn nötig unterschriebene, Formular über das Online-Formular „Allgemeines Anbringen" hoch und wählen Sie als Dienststelle die zuständige Bezirkshauptmannschaft aus!
Bitte laden Sie im Formular die erforderlichen Unterlagen hoch!

Magistrat:

Bitte übermitteln Sie den Antrag an Ihr zuständiges Magistrat.

Unterschrift

Datum, Unterschrift des Antragstellers oder seines Vertreters (entsprechende Nachweise sind beizulegen)

_____

(entfällt bei digitaler Signatur)

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 ☐
- leicht desorientiert ☐
- wechselnd orientiert ☐
- desorientiert ☐
- Tag/Nacht Umkehr ☐

äußert sich durch:

Mobilität:

Situation in den Nachtstunden:

- gelegentliche Schlafunterbrechung ☐
- häufige Schlafunterbrechung ohne triviale Unruhe ☐
- zeitweise Schlafunterbrechung mit trivialer Unruhe ☐
- nächtliche Verwirrtheit mit trivialer Unruhe ☐

Kommunikationsfähigkeit und Sozialkontakte:

- ungestörte Kommunikation ☐
- Sehbehinderung ☐
- Hörbehinderung ☐
- Sprachbehinderung ☐

Wird eine bestimmte Kostform (Diät) benötigt – welche?

Ernährung:

Adipositas	ja ☐	nein ☐
Mangelernährung	ja ☐	nein ☐
Gefahr der Mangelernährung	ja ☐	nein ☐
Normalgewichtig	ja ☐	nein ☐

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)					
Kleiden					
Waschen					
Harnausscheidung					
Stuhlausscheidung					
Mobilität					
Kommunizieren (sich mitteilen und verstehen können – hören, sehen, sprechen)					
Sich beschäftigen (arbeiten, sich mit etwas befassen können, sinnvolle Tätigkeiten übernehmen können)					
Für (eigene) Sicherheit sorgen					

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: _____