



CHECKLISTE ZUM EINTRITT

ANMELDUNG

- Ausgefüllter ärztlicher Aufnahmebogen
- ausgefülltes Aufnahmeformular
- Pensionsversicherungsnachweis (mit letztem Auszahlungsbeleg)
- Pflegegeld-Einstufungsbescheid

Bitte bringen Sie diese Unterlagen in das Gemeindeamt Elsbethen,
zu Frau Magret Lang, Tel. 0662 / 62 34 28-16

FIXIERUNG DER AUFNAHME

- unterschriebener Heimvertrag
- Meldeschein Ihres Wohnsitzes vor Heimeintritt
- Hinterlegung einer Kautions
- Abbuchungsauftrag

WEITERS

- E-card
- Rezeptgebührenbefreiungsnachweis
- Medikamente
- Rezepte
- ev. Daten einer Zusatzversicherung

DOKUMENTE

- Ausweis (Pass oder Personalausweis)
- Geburtsurkunde
- Staatsbürgerschaftsnachweis
- Heiratsurkunde
- ev. Sterbeurkunde des Ehepartners

Dokumente bereithalten,
nur im Sterbefall des
Bewohners notwendig



Seniorenwohnhaus Elisabeth

Schlossstraße 6
5061 Elsbethen



AUFNAHMEFORMULAR

Persönliche Daten

Vorname	Nachname
Geburtsname	Familienstand
Geburtsdatum	Geburtsort
Staatsbürgerschaft	Religion

Anschrift

Straße	
Postleitzahl	Ort
Telefon	
Eintritt <input type="checkbox"/> von daheim <input type="checkbox"/> aus Krankenhaus <input type="checkbox"/> sonst:	

Sozialversicherung

Sozialversicherung	Versicherungsnummer
Rezeptgebührenbefreit? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Sozialhilfeantrag? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
früherer Beruf	
Zusatzversicherung	
Pensionsversicherung	
Bundespflegegeld-Stufe:	Bescheid vom
Erhöhung beantragt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Erhöhung beantragt am
Bestattungsinstitut	Sterbeversicherung

Pensionskonto

Bankinstitut
IBAN

Hausarzt

Name	Tel.Nr.
Adresse	

Institution	Tel.Nr.
Betreuer/in	Tel.Nr.

Ansprechpartner fürs Heim

<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter	<input type="checkbox"/> SachwalterIn <input type="checkbox"/> sonst:
Name	Tel.Nr.
Adresse	

Weitere Angehörige

<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter	<input type="checkbox"/> SachwalterIn <input type="checkbox"/> sonst:
Name	Tel.Nr.
Adresse	

<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter	<input type="checkbox"/> SachwalterIn <input type="checkbox"/> sonst:
Name	Tel.Nr.
Adresse	

<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter	<input type="checkbox"/> SachwalterIn <input type="checkbox"/> sonst:
Name	Tel.Nr.
Adresse	

<input type="checkbox"/> Ehepartner <input type="checkbox"/> Sohn/Tochter	<input type="checkbox"/> SachwalterIn <input type="checkbox"/> sonst:
Name	Tel.Nr.
Adresse	

• Sonstige Angaben zur Person:

Desorientiert: örtlich zeitlich persönlich situativ

Verhalten: kann alleine sein kann zeitweise alleine sein kann nicht alleine sein
 ausgeglichen umtriebig

Abhängigkeit - Sucht: Alkohol Rauchen Medikamente

Kommunikation:

hören: gut schlecht taub Hörgerät

sehen: gut schlecht blind Brille

sprechen: gut Probleme

Schlafgewohnheiten: gut unruhig Tag- und Nachtumkehr

• Anmerkungen:

Ort und Datum

Unterschrift

Wir sind mit der elektronischen Speicherung und Verarbeitung unserer hier angeführten Daten durch die Gemeinde Elsbethen und dem Seniorenwohnhaus Elisabeth zum Zwecke der „Aufnahme SWH Elisabeth“ einverstanden. Die personenbezogenen Daten werden nur in dem für die Verwaltung unbedingt erforderlichen Umfang und auch nur solange gespeichert, wie dies für die Erfüllung der Aufgaben erforderlich ist. Die Daten werden nicht an Dritte weitergegeben. Weitere Infos unter <http://www.gde-elsbethen.at/datenschutz.html> sowie <http://www.rotekreuz.at/sbg/datenschutz>.

Wir sind damit einverstanden, dass uns die Gemeinde Elsbethen bzw. das Seniorenwohnhaus Elisabeth zur „Aufnahme SWH Elisabeth“ unter den angegebenen Daten kontaktiert.



Seniorenwohnhaus Elisabeth

Schlossstraße 6
5061 Elsbethen



Ärztlicher Aufnahmebogen

(bitte vom Arzt auszufüllen)

Daten d. Arztes:

Vor - und Zuname	
Adresse	
Tel. Ordination	Tel. privat
Ordinationszeiten	

Daten d. Patienten

Vor - und Zuname	
Adresse	
Heimatort	Geburtsdatum
Krankenkasse	Vers.Nr
Zusatzversicherung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> / bei	

Grund der Aufnahme ins Altenwohn- und Pflegeheim

--

Krankheiten und Diagnosen:

Herz	Kreislauf
Blut	Lunge
Knochen	Neoplasie
Gelenke	Neurolog.
Abhängigkeiten	Psychiatr.
Infektiöse Erkr.	Neuro-psychiatrische Erkr.
Haut	Urolog.
Magen-Darm	Stoffwechsel
Augen	Sonstiges
Schlafstörungen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Körpergröße	Gewicht
--------------------	----------------

Kostform

<input type="checkbox"/> Normalkost	<input type="checkbox"/> Eventl. Diäten

Medikamente:

Arzneimittel:	morgens	mittags	abends	nachts

Ärztliche Anordnungen:

<input type="checkbox"/> Medikamentengebarung	<input type="checkbox"/> Blutdruckmessen/Puls
<input type="checkbox"/> Bandagieren der Beine	<input type="checkbox"/> Einreibungen
<input type="checkbox"/> Wundpflege	<input type="checkbox"/> Spritzen/Infusionen
<input type="checkbox"/> Atemförd. Maßnahmen	
Zusätzliche Maßnahmen:	

Ort und Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes