Vormerkantrag

GROSSE HILFE,
GANZ NAH.

HILFSWERK

☐ **Seniorenpension Draßmarkt**

Augasse 9, A-7372 Draßmarkt
+43 2617 21 330
drassmarkt@burgenland.hilfswerk.at
Kurzzeitpflege möglich!

☐ **Seniorenpension Lockenhaus**

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

☐ **Seniorenpension Eisenstadt**

Ing. Alois Schwarz Platz 3, 7000 Eisenstadt
+43 2682 61 254
seniorenpension.eisenstadt@burgenland.hilfswerk.at

☐ **Seniorenpension Purbach**

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

☐ **Seniorenpension Limbach**

Hilfswerkstraße 1, A-7543 Limbach
+43 3328 324 77
limbach@burgenland.hilfswerk.at
Kurzzeitpflege möglich!

☐ **Seniorenpension Güttenbach**

Am Park 1, A-7536 Güttenbach
+43 33 27 228 34
guettenbach@burgenland.hilfswerk.at
Kurzzeitpflege möglich!

Aufnahme für	☐ **Langzeitpflege**	
Gewünschtes Aufnahmedatum	☐ sofort	☐ in 4-6 Monaten
	☐ in 1-3 Monaten	☐ über 6 Monate
Aufnahme für	☐ **Kurzzeitpflege**	von …… bis ……

Name, Titel: ……

Adresse: ……

Telefonnummer: ……

Sozialvers.-Nr.: …… **Geburtsdatum:** ……

Sozialversicherungsträger	☐ ÖGK… ☐ BVAEB ☐ SVS ☐ ……..
Pflegegeldstufe	☐ Ja ☐ Nein Pflegestufe 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐
Antrag auf Erhöhung Pflegegeldstufe gestellt	☐ Ja ☐ Nein …… Wenn JA, Datum der Antragstellung

Zimmerwunsch:	Einzelzimmer ☐	Doppelzimmer ☐

Ärztliche Diagnosen:	☐ Schlaganfall	☐ Demenz / Alzheimer	☐ Herzinfarkt
	☐ Tracheostoma	☐ Korsakov Demenz nach Alkoholabusus	☐ Perfusor Therapie / i.V. / Schmerzpumpe
	☐ Wachkoma	☐ Aktuell: Keimträger MRSA, ESBL, …	☐ Bariatrisch / schwer adipös ab BMI 30; 150 kg
	☐ Beatmung	☐ Rückenmarks-verletzungen	☐ Gerontopsychiatrische Diagnose
	☐ Schwere Behinderung und erhöhter Pflegebedarf (vor allem unter 40 Lebensjahren)	☐ ……	

Besondere pflegerische Bedürfnisse bei …	☐ Magensonde	☐ Sauerstoff-Bedarf
	☐ Nachtaktivität	☐ Schmerzpumpe
	☐ Wandertrieb	☐ nächtliche Unruhe
	☐ ……	

Hilfestellung bei:

☐ Medikamentengabe	☐ Mobilisation
☐ Mahlzeiten	☐ Orientierung zur Person
☐ Körperpflege	☐ Orientierung zur Situation
☐ Inkontinenz	☐ ……

Mobilisation	gehfähig	☐ Ja	☐ Nein
	mit Rollator	☐ Ja	☐ Nein
	Rollstuhlbenützung	☐ Ja	☐ Nein
	bettlägrig	☐ Ja	☐ Nein
Bestehen Allergien oder Unverträglichkeiten?	☐ Ja ☐ Nein Welche: ……		
Diabetiker:	☐ Ja	☐ Nein	☐ insulinpflichtig
Ernährung	☐ Normalkost ☐ Breikost ☐ Sondennahrung ☐ spezielle Diät:		
allfällige persönliche Anmerkungen:			

Ansprechperson/Angehörige/gesetzlicher Vertreter

Name: .....
Adresse: .....
.....
Tel.: .....
E-Mail: .....
Beziehung zum Antragsteller: .....

Erwachsenenschutzvertreter
☐ Ja ☐ Nein

Name: .....
Adresse: .....
.....
Tel: .....

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 oben genannten Seniorenpensionen 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