

**Anmeldung**

** Urlaubspflege**

** Überleitungspflege**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name

Datum:

**Persönliche Daten:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Familienname |  | Vorname |  |
| Geburtsname |  | Stand |  |
| Geburtsdatum und Ort |  | Religion |  |
| Anschrift: Straße |  | Staatsbürger |  |
| PLZ und Wohnort |  |  |  |  |
| Sozialversicherung |  | Vers.-Nr. |  |
| Bundespflegegeldstufe |  | Erhöhung beantragt | □ JA  | □NEIN |
| Rezeptgebührenbefreit |  |  | □ JA  | □NEIN |
| Akut-Krankenhaus vor der Aufnahme: |  |  | □ JA  | □NEIN |
| Einzug ins Heim(Datum u. Uhrzeit) |  |  |  |  |
| Finanzierung | □ selbst□ Mindestsicherung □ Mindestsicherung in Bearbeitung |  |  |  |
|  |  |
| Hausarzt |  | Telefon |  |
| Internist  |  | Telefon |  |
| Neurologe / Psychiater  |  | Telefon |  |
| Augenarzt |  | Telefon |  |
| Zahnarzt |  | Telefon |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Erwachsenenschutz (Sachwalterschaft)**  | **□ JA**  | **□ NEIN** | **□ kein Sachwalter****□ für einzelne Angelegenheiten****□ für Kreis von Angelegenheiten****□ für alle Angelegenheiten** |

|  |
| --- |
| **Persönliche Daten:** |
| **Angehörige (1) (Hauptbezugsperson)**  |
| Name |  |
| Anschrift |  |
| Tel. |  | verwandt. Verhältnis |  |
| E-Mail Adresse |  |

|  |
| --- |
| **Angehörige (2)** |
| Name |  |
| Anschrift |  |
| Tel. |  | verwandt. Verhältnis |  |
| E-Mail Adresse |  |

|  |
| --- |
| **Angehörige (3)** |
| Name |  |
| Anschrift |  |
| Tel. |  | verwandt. Verhältnis |  |
| E-Mail Adresse |  |

|  |
| --- |
| **Angehörige (4)** |
| Name |  |
| Anschrift |  |
| Tel. |  | verwandt. Verhältnis |  |
| E-Mail Adresse |  |

|  |
| --- |
| **Anamnese**:  |
| Bisherige Betreuung:  |   |
| Kontakt mit Case Management: |  |
| Grund der Aufnahme: |  |

|  |
| --- |
| **Connexia Daten:** |
| Wohnform vor Aufn.: | □ zu Hause alleine lebend□ zu Hause nicht alleine lebend□ ambulant betr. Sen. Wohnung□ Senioren WG/-Heim□ LKH Rankweil□ Betreute Wohnform□ sonstige |
| Hauptbetreuungsperson – Verwandtschaftsverhältnis: | □ Partner□ Kind/Schwiegerkind□ andere verwandte Person□ keine Hauptbetreuungsperson□ keine Angabe |
| Ambulante Dienste | □ Hauskrankenpflege□ Mobiler Hilfsdient (MoHi)□ Mahlzeitendienst (Essen auf Räder)□ Medizinisch-therapeutische Dienste□ Privat bezahlte Betr.-/Pflegeperson |
| Gründe:Persönliche Situation | □ Eigener Wunsch□ Ausfall der Hauptbetreuungspers. (z.B. aufgrund Urlaub, Krankheit, Überlastung)□ Erhöhter Betreuungsbedarf körperlich□ Gestiegener Pflegebedarf psychisch□ Verstärkte Verwahrlosungsgefahr□ Andere Gründe |
| Gründe:Veränderung nicht bewältig bar | □ Keine Angehörige bzw. keine Betr.-/Pflegeperson□ Fehlende Mahlzeiten□ Keine ausreichende Beaufsichtigung□ Keine ausreichenden Betreuungsdienste□ Keine ausreichende Hauskrankenpflege□ andere Gründe |
| Gründe:Wohnsituation | □ Barrieren, Hindernisse Zugang□ Barrieren, Hindernisse Wohnung□ Bad WC nicht pflegegerecht□ Beheizung der Wohnung – Unterstützungsbedarf□ andere Gründe:□ keine Angabe |

**Dokumente und Unterlagen für die Urlaubs- / Überleitungspflege**

Beim Einzug in unser Sozialzentrum sind folgende Dokumente und Unterlagen im Verwaltungsbüro zu hinterlegen:

* Geburtsurkunde
* Heiratsurkunde
* Staatsbürgerschaft
* Pass oder Personalausweis
* Meldezettel
* Erwachsenenvertretung, falls vorhanden
* Pflegegeld- Einstufungsbescheid
* Evtl. Kopie von Erhöhungsantrag Pflegegeld
* Rezeptgebührenbefreiungsnachweis
* E-Card
* SEPA Lastschriftsformular