

Gemeindeverband Seniorenwohnhhaus Neumarkt a.W.

Körperschaft öffentlichen Rechts

Tel. (+43) 06216/20333, Fax DW: 33

Sparkassenstraße 11, 5202 Neumarkt a.W.

E-Mail: seniorenwohnhhaus@neumarkt.at

## Anmeldeformular SWH



Lebensmut schaffen, erhalten, vermitteln  
Energie für den Alltag geben  
Betreuen und nicht Bevormunden  
Entwicklung zulassen  
Normalität im Alltag beibehalten  
Selbstständigkeit erhalten und fördern  
Betreuung und Begleitung  
Abwechslung in den Lebensalltag bringen  
Unterstützung, wenn diese benötigt wird  
Menschen - Menschen sein lassen

Sehr geehrte Damen und Herren!

Sie werden ersucht nachfolgend geforderte Angaben vollständig und genau auszufüllen (Blockschrift).

Dies ist unbedingt notwendig um bei einer Aufnahme in unser Haus bestmöglichst auf Sie oder Ihren Angehörigen vorbereitet zu sein um den Einzug in unser Haus so „angenehm“ als möglich gestalten zu können.

Vollständiger Name: \_\_\_\_\_

Derzeitige Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geimpft:  Ja  Nein:  Welcher Impfstoff: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Familienstand:  verh.  Verw.  Lebensgem.  ledig

Religion:  rk  Ev.  kein  sonstiges

Versicherungsanstalt: \_\_\_\_\_ Versicherungsnr.: \_\_\_\_\_

Rezeptgebührenbefreit: \_\_\_\_\_ wenn ja, seit wann: \_\_\_\_\_

**Sehr wichtig (unbedingt ausfüllen):**

Pflegestufe: \_\_\_\_\_ seit,

um Pflegegeld (Erhöhung) wurde angesucht am \_\_\_\_\_

**Grund für den Einzug:**

**Nur für Bewerber die nicht aus den Betreibergemeinden Neumarkt u. Henndorf stammen!**

**Haben Sie Angehörige oder Verwandte in Neumarkt oder Henndorf?**

**Ja**

**Nein**

Wenn ja:

Name und Adresse des/der Angehörigen

---

---

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Welche Mobilitätshilfen bringen Sie beim Einzug in das Haus mit:

Rollator

Rollstuhl

Leibstuhl

Ist die Person

Vertrauensperson(en):

Hier sollen Personen angegeben werden, die Ihr Vertrauen genießen und jederzeit Auskunft über Ihren Gesundheitszustand bekommen dürfen. Diese Personen müssen auch für uns Ansprechpartner in den alltäglichen Fragen sein, sollten Sie selbst nicht mehr in der Lage dafür sein.

Vertrauensperson 2:

Tochter  Sohn  Enkel  Geschwister  Lebensgefährtin

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

Dieser Person darf Auskunft erteilt werden über:

Medizinische Fragen  Finanzielle Angelegenheiten  Alles

\_\_\_\_\_

Vertrauensperson 1: Erwachsenenvertreter:

Tochter  Sohn  Enkel  Geschwister  Sohn

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Mailadresse: \_\_\_\_\_

Dieser Person darf Auskunft erteilt werden über:

Medizinische Fragen     Finanzielle Angelegenheiten     Alles

Hausarzt:

Titel: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Was ich Ihnen noch unbedingt mitteilen will:

---

---

---

---

---

---

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_

**Vom Seniorenwohnhaus auszufüllen:**

**Aufnahmetag:** \_\_\_\_\_ **Zimmer Nummer:** \_\_\_\_\_

**Zugesagt am:** \_\_\_\_\_ **von:** \_\_\_\_\_

# Ärztlicher Fragebogen!

Dieser Fragebogen **ist verbindlich** vom jeweiligen Hausarzt auszufüllen und mit der Anmeldung abzugeben!

1. Vor – und Zunahme: \_\_\_\_\_
3. Ist der Bewohner gehfähig:  ja  nein
4. Ist der Bewohner bettlägrig:  ja  nein
5. Beherrschung des Stuhlganges?  ja  nein
6. Beherrschung des Urinabganges?  ja  nein
7. Fremder Hilfe bedürftig?  beim Essen  beim Waschen  
 beim Ankleiden  beim Frisieren/  
Rasieren  
 beim Aufstehen  beim Benutzen  
der \_\_\_\_\_  
aus dem Bett Toilette  
 beim Lagern zur Nachtruhe
8. Örtlich Orientiert?  ja  nein  nicht immer
9. Zeitlich Orientiert?  ja  nein  nicht immer
10. Nachts ruhig?  ja  nein  nicht immer
11. Gemütsstimmung?  willig  freundlich  verdrießlich
12. Gefährliche Eigenschaften?  nein  ja, welche:
13. Suchtkrankheiten:  nein  ja, welche:
14. Körperliche Behinderung(en)- Art: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. Geistig- seelische Behinderung oder Störung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Diagnosen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. Ist der Bewohner frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)?  ja  nein
18. Hinweise und Bemerkungen des Arztes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Stempel u. Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_