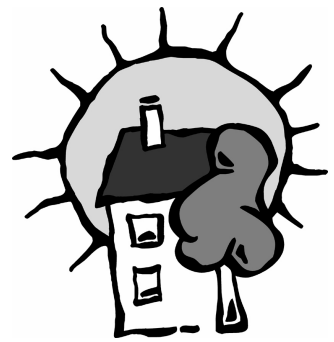


Seniorenwohnheim Stadtwald der Landeshauptstadt St. Pölten

3100 St. Pölten, Goethestrasse 23 a, Tel. 02742/73 182, Fax 02742/73 182-11



Anmeldung für die Dementenstation im Seniorenwohnheim Stadtwald

1. Persönliches

Name:.....Vorname:.....

geboren am:.....in:.....Familienstand:.....

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

In St. Pölten seit: Geburt.....pol. Meldung:.....

Staatsbürgerschaft: Österreich Sonstige:.....

Krankenversichert bei:

NÖ GKK BVA ÖBB Privat Gewerbl. Wirt. Bauern Sozialhilfe

Zusatzversicherung bei:.....Vers.Nr.:.....

Haben Sie Kinder? Ja Nein Töchter und/oderSöhne

Name	Vorname	Anschrift	Telefon	Kontakt
------	---------	-----------	---------	---------

1.....				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--------	--	--	--	---

2.....				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--------	--	--	--	---

3.....				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--------	--	--	--	---

4.....				<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
--------	--	--	--	---

Andere Angehörige bzw. Bekannte:

1.....

2.....

3.....

4.....

Rezeptgebührenbefreiung:

Ja Nein

Wenn Ja von.....bis.....

2. Wohnsituation:

Hauptmieter Untermieter Mitbewohner
Größe der Wohnung:m², Stock:.....Aufzug ja nein

Wohnungseigentümer:

Privat Genossenschaft.....
 Eigentumswohnung Gemeindewohnung Hausbesitzer

3. Finanzielles:

Mein monatliches Einkommen beträgt:

1. Pension:.....2. Pension:.....
Pflegegeldstufe:.....Sonstiges:.....

Für den Fall, dass das Einkommen für die Deckung der Heimkosten nicht ausreicht,
kann ich einsetzen: (z.B.: Ersparnisse, Hausbesitz, Grundbesitz, etc.)

.....
.....

Die Aufnahme kann auch erfolgen, wenn durch die persönlichen Verhältnisse die
volle Bezahlung der Heimkosten aus eigenen Mitteln nicht möglich ist. In diesem Fall
wird um Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem Sozialhilfegesetz angesucht.

Die Angaben für den Erhebungsbogen, bestätige ich mit meiner eigenhändigen
Unterschrift.

Erhoben durch:

Bewerber:

.....

.....

St. Pölten am

Einzugsuntersuchung

Familienname:..... Vorname:.....

Geb. am:.....wohnhaft:.....

Lunge:

.....

Herz:

.....

RR: Puls:

Sehen: Brillenträger/in Lesebrille
 gut schlecht nur mehr Schimmer

Facharzt:.....Letzte Kontrolle:.....

Hören: gut eingeschränkt schlecht Hörapparat

Facharzt:.....Letzte Kontrolle:.....

Zähne: OKP UKP OK Teil Pr. UK Teil Pr.

Facharzt:.....Letzte Kontrolle:.....

Kostform: Wahlk. Diabetes LVK

Allergien: Ja Nein

Wenn ja welche:.....

Bauch:

.....

Beine:

.....

Beweglichkeit:

Gehfähig

- 1. völlig frei gehfähig
- 2. mit Gehhilfe selbständig
- 3. mit Hilfestellung
- 4. nicht gehfähig

Teilnahmefähigkeit am öffentlichen Verkehr

- 1. völlig selbständig
- 2. mit fremder Hilfe
- 3. nicht mehr möglich

Stiegen steigen

- 1. allein möglich
- 2. mit leichter Unterstützung
- 3. mit starker Hilfe
- 4. nicht mehr möglich

Aufstehen vom Sessel

- 1. alleine möglich
- 2. mit leichter Unterstützung
- 3. mit starker Hilfe
- 4. nicht mehr möglich

Beweglichkeit der Arme und Hände

- 1. völlig funktionsfähig
- 2. teilweise eingeschränkt
- 3. stark eingeschränkt
- 4. nicht beweglich

Derzeit bestehende Krankheiten, Leiden, Gebrechen:

.....

.....

.....

Bestehen psychische Erkrankungen – welche?

Ja Nein

.....

.....

Bestehen depressive Phasen? Ja Nein

Bestehen aggressive Phasen? Ja Nein

Besteht Selbst- od. Fremdgefährdung? Ja Nein

Besteht Gefahr f. Gesundheit u. Leben durch Verwahrlosung? Ja Nein

Besteht eine geistige Minderbegabung? Ja Nein

Bestehen Suchtkrankheiten – welche? Ja Nein

.....
Bestehen anzeigepflichtige Erkrankungen – welche? Ja Nein

.....
Zuletzt durchgeführte Behandlungen und Therapien:

.....
Zuletzt verordnete Medikamente?

.....
Stationäre Voraufenthalte (wo u. wann?):

.....
Fachärztliche Behandlungen:

.....
Frühere Erkrankungen:

.....
Hausarzt:

Magensonde: Ja Nein

PEG-Sonde: Ja Nein

Inkontinent: Ja Nein
Trachealkanüle Ja Nein

Katheter: Ja Nein

Psychischer Status:

Orientierung:

orientiert
desorientiert

wechselnd orientiert

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
Eingeschränkte Kommunikation – In welcher Form?

.....
.....
.....

Thoraxröntgen:.....

Stuhluntersuchung:.....

Anmerkungen:.....

.....
.....
.....

Datum:.....

Name des Arztes (leserlich)

Unterschrift/Stempel