

**B e w e r b u n g u m e i n e b e f r i s t e t e A u f n a h m e**

für den Zeitraum vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ geborene: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_ Bundesland: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Rel.: \_\_\_\_\_ Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_  
PLZ Ort Straße Bezirk

**1. Bezugsperson :** Name: \_\_\_\_\_  
(zurzeit d. Aufenthaltes erreichbar)

Anschrift: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverh.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
e-mail \_\_\_\_\_

**Nächste Angehörige:** Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverh.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Pensionsbezüge:**

1.) \_\_\_\_\_  
Versicherungsanstalt Aktenzeichen

rezeptgebührenpflichtig  ja  nein  
Patientenverfügung  ja  nein

Pflegegeldstufe: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_  
Erhöhung beantragt  ja  nein

krankenversichert bei: \_\_\_\_\_ Vers. Nr.: \_\_\_\_\_  
zusatzversichert bei: \_\_\_\_\_ Vers. Nr.: \_\_\_\_\_

**Bitte bringen Sie bei der Anreise unbedingt folgende Unterlagen mit:**

- E-card

**Diese Unterlagen benötigen wir v o r Ihrer Anreise:**

- ausgefüllter Arztfragebogen ( Hausarzt od. Krankenhaus )
- ausgefüllter Bewerbungsbogen

Anreisezeit zwischen 10.00 und 11.00 Uhr vorm. Abreise bis 16 Uhr: Samstag, Sonn- u. Feiertag sind keine Aufnahmen möglich. Der An- u. Abreisetag wird jeweils als 1 Tag verrechnet.  
(Falls Wäsche gewaschen werden soll, bitte den Namen einmerken!)

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bewerbers

4540 Bad Hall, Linzer Str. 1, Tel. 07258/2574-0, Fax 07258/2574-7815

## Ärztlicher Fragebogen

**Dieser ärztliche Fragebogen ist vom behandelnden Arzt oder vom Krankenhaus auszufüllen!**

*Das Seniorenwohnhaus Schloss Hall bietet in erster Linie ganzheitliche Grundpflege. Unser Ziel ist eine aktivierende Pflege, die die Eigenständigkeit und Selbstverantwortlichkeit der Bewohner stützt. (in Zusammenarbeit mit dem Arzt, den Angehörigen und dem Pflegepersonal werden die notwendigen Pflegemaßnahmen festgelegt).*

*Um Enttäuschungen zu vermeiden, empfiehlt sich vor der Aufnahme eine genaue Abklärung der erwarteten Leistungswünsche.*

*Bestimmte Formen medizinischer Intensivbehandlung, therapeutische Rehabilitation sowie spezifische Erscheinungen gerontopsychiatrischer Betreuung können wir nicht erfüllen.*

*Als Überbrückungshilfe können Patienten (z.B. nach Schlaganfällen bzw. Operationen), die weiterführende, physiotherapeutischer Maßnahmen bedürfen, dann aufgenommen werden, wenn bereits verbindliche Termine in Rehasentren bekannt sind.*

**ACHTUNG! E-CARD MITBRINGEN / MITGEBEN !!!**

**Vor- und Zuname:** \_\_\_\_\_

**dzt. wohnhaft:** \_\_\_\_\_

Ist der Bewerber gehfähig?	alleine mit Gehhilfe mit Personenhilfe	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NEIN
Ist der Bewerber ständig bettlägrig?		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Ist der Bewerber in der Lage, die Mahlzeiten im Speisesaal einzunehmen?		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Hilfestellung beim Essen		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
Benötigt der Bewerber Diät?		<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Zuckerdiät <input type="checkbox"/> Magenschonkost <input type="checkbox"/> Gallenschonkost <input type="checkbox"/> Breikost <input type="checkbox"/> Sondenernährung / Art der Sonde <input type="checkbox"/> .....	
Braucht der Bewerber fremde Hilfe?		<input type="checkbox"/> Beim Ankleiden <input type="checkbox"/> Bei der Körperpflege <input type="checkbox"/> Beim Zubettgehen und Aufstehen <input type="checkbox"/> Beim Essen <input type="checkbox"/> Beim Aufsuchen der Toilette <input type="checkbox"/> Bei der Medikamentenverabreichung <input type="checkbox"/> Bei .....	
Ist der Bewerber örtlich orientiert?		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> TEILW.
Ist der Bewerber zeitlich orientiert?		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> TEILW.
Ist der Bewerber nachts ruhig?		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> TEILW.

Ist der Bewerber inkontinent?	Urin? Stuhl? Dauerkatheder?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NEIN	
Kommunikation:	Sehen Hören Sprechen	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> NEIN	<input type="checkbox"/> TEILW. <input type="checkbox"/> TEILW. <input type="checkbox"/> TEILW.
Ist der Bewerber		<input type="checkbox"/> geordnet? <input type="checkbox"/> freundlich? <input type="checkbox"/> unverträglich? <input type="checkbox"/> fähig Geldangelegenh. selbst zu erledigen	<input type="checkbox"/> willig? <input type="checkbox"/> reizbar? <input type="checkbox"/> gewalttätig	
Neigt der Bewohner zu übermäßigen Alkohol - und Nikotingenuss?		<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
Welche Krankheiten oder Gebrechen liegen vor?				
Nebendiagnosen				
Liegen psychische Störungen vor?				
Welche Medikamente werden derzeit eingenommen?				
War der Bewerber innerhalb der letzten 3 Monaten in einem Krankenhaus? Wenn ja, wo u. wann?				
Hinweise und Bemerkungen des Arztes:				
Aztbrief liegt bei <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Rezeptgebührenpflichtig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Pflegegeldstufe ..... Hausarzt: Name _____ Ort _____				
(Ort und Datum)		Unterschrift/Stempel		