

Antrag auf Kurzzeitpflege im

- Bezirksalten- und Pflegeheim Eferding
 Bezirksalten- und Pflegeheim Hartkirchen,

von _____ bis _____ Zimmer: _____ EZ DZ

Angaben über die aufzunehmende Person:

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____

Wohnanschrift: _____

Bezirk: _____ Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: _____ Rel. Bekenntnis: _____

Staatsbürgerschaft: _____

War der/die Antragssteller/in bereits in einem Alten- und Pflegeheim untergebracht? ja nein

Welches: _____ Letzter Krankenhausaufenthalt: _____

Krankenversicherung: _____ SVNr.: _____

Pensionsversicherung: _____

Rezeptgebührenbefreiung: ja nein Ausgleichszulage: ja nein

Hausarzt: _____

Bekannte Allergien: _____

Corona Impfung: (bitte Impfstoff/Datum/Chargennummer angeben) _____

Meldepflichtige Krankheiten: _____

Medikamente: _____

Pflegegeldstufe: 0 1 2 3 4 5 6 7

Pflegegeld beantragt: _____ Erhöhung beantragt: _____ Wer: _____

Bestehende Vorsorgevollmacht? ja nein (wenn ja bitte beilegen)

Bestehende Erwachsenenvertretung? : ja nein

wenn ja:

gewählte Erwachsenenvertretung ([bitte ÖZVV-Auszug vorlegen!](#))

gesetzliche Erwachsenenvertretung ([bitte ÖZVV-Auszug vorlegen!](#))

gerichtliche Erwachsenenvertretung ([bitte Beschluss vorlegen!](#))

Name des Erwachsenenvertreters inkl. Anschrift und Telefonnummer:

Angaben über nächste Verwandte, sonstige Bevollmächtigte oder handlungsberechtigte Personen:

Vorname: _____ Nachname: _____

Zugehörigkeitsverhältnis: _____

Wohnanschrift: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Angaben über nächste Verwandte, sonstige Bevollmächtigte oder handlungsberechtigte Personen:

Vorname: _____ Nachname: _____

Zugehörigkeitsverhältnis: _____

Wohnanschrift: _____

Telefonnummer: _____ E-Mail: _____

Die Antragstellerin/der Antragsteller nimmt durch ihre/seine Unterschrift zur Kenntnis, dass:

- die Kurzzeitpflege unter einer Woche administrativ nicht durchführbar ist.
- die Kurzzeitpflege befristet ist und maximal für einen Zeitraum von drei Monaten gewährt werden kann, ab dem dritten Monat ist eine Begutachtung durch die Koordinationsstelle Pflege und Betreuung des Sozialhilfeverbandes Eferding erforderlich.
- die gesamten Kosten für die Kurzzeitpflege ausschließlich von ihr/ihm selbst zu bezahlen sind.
- die Information über die Kosten der Kurzzeitpflege (Entgelttarif und Pflegezuschlag) kommuniziert und verstanden worden ist.
- eine Bettfreihaltegebühr bei Einzug ins Krankenhaus während der Kurzzeitpflege vom Bezirksalten- und Pflegeheim in Rechnung gestellt werden muss.
- Die Medikation im BAPH Hartkirchen wird verblistered und kann nach Aufenthalt und Rücksprache mit dem Apotheker weiterhin für zu Hause bestellt werden. Es werden hier keine bestehenden Medikationspackungen übernommen. Für die Verblisterung entstehen Kosten je nach Lage.
- bei medikamentösen Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen eine Bestätigung des Arztes vorliegen muss. Die Bestätigung ist von der Antragstellerin / dem Antragsteller selbst zu entrichten (derzeitiger Richtkostensatz bei fehlendem ärztlichen Dokument: 117,00 Euro (Stand: September 2019).
- bei Nichtvorliegen einer PflegegeldEinstufung ein erhobener Pflegebedarf verrechnet wird.
- sollte sich nachträglich die Pflegestufe ändern, da der offene Antrag bescheidmäßig zugestellt wurde, wird die tatsächliche Pflegegeldstufe abgerechnet. Dadurch kann es vorkommen, dass nach der regulären Abrechnung, eine zusätzliche Abrechnung des Pflegegeldes erfolgt.
- bei Versterben das Zimmer innerhalb von 2 Tagen (egal ob Werks- oder Feiertage) durch die Angehörigen, die Bevollmächtigten oder die handlungsberechtigten Personen geräumt werden muss.

Die Heimgebührenabrechnung ist an

Frau/ Herrn _____

Wohnanschrift: _____

auszuhändigen / postalisch zu senden / per Mail zu senden (bitte ankreuzen)



Sollte die Antragstellerin/der Antragsteller nicht willens oder nicht in der Lage sein, die gesamten Kosten der Kurzzeitpflege zu bezahlen, so haftet die oben angeführte Person (nächste(r) Verwandte(r), sonstige bevollmächtigte oder handlungsberechtigte Person) subsidiär für die offenen Kosten. Dies wird von dieser Person durch ihre/seine Unterschrift zur Kenntnis genommen.

Ort: _____, Datum _____

Unterschrift BearbeiterIn

Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

Unterschrift Bevollmächtigte(r)

Sozialhilfverband Eferding: www.shvgref.at

Bezirksalten- und Pflegeheim Eferding

Ansprechpartner:

Heimleitung: Herr Andreas Loidl, MSc

Leitung des Pflege – und Betreuungsdienstes: DGKP Claudia Scharinger

Bräuhausstraße 7, 4070 Eferding

Tel: +43 7272 75982-0

Mail: baph-eferding.post@shvef.at

Bezirksalten- und Pflegeheim Hartkirchen

Ansprechpartner:

Heimleitung: Sabine Jäger, BA

Leitung des Betreuungs- und Pflegedienstes: DGKP Rita Wohlfart

Achleitnerstraße 1, 4081 Hartkirchen

Tel: +43 7273 600 24-0

Mail: baph-hartkirchen.post@shvef.at

Hinweis:

Unter bestimmten Voraussetzungen kann zur Bezahlung der Kurzzeitpflege im Nachhinein ein Zuschuss beim Sozialministeriumsservice bzw. unter speziellen Voraussetzungen ein Zuschuss durch das Land Oberösterreich beantragt werden. Bitte wenden Sie sich an die örtlich zuständige Sozialberatungsstelle.

Sozialberatungsstelle

DGKP Judith Resch oder FSBA Renate Baumgartner

Tel: 07248 / 603 – 64631 oder -64632

Mail: sbs.post@shvef.at

Stadtplatz 1, 4070 Eferding

Öffnungszeiten:

Montag bis Donnerstag von 08:00 bis 12:00 Uhr und Dienstag von 15:00 bis 18:00 Uhr

Bezirksalten- und Pflegeheim Hartkirchen

Achleitnerstraße 1, 4081 Hartkirchen

Öffnungszeiten:

Freitag von 08:00 bis 12:00 Uhr sowie nach telefonischer Vereinbarung

Bitte beachten Sie Folgendes:



Ihr Angehöriger benötigt:

- **KRANKENUNTERLAGEN:**
 - E-Card
 - Letzte Krankenhausbefunde und / oder letzte Arztbriefe

- **DOKUMENTE:**
 - Geburtsurkunde (in Kopie)
 - Identitätsprüfung: Amtlicher Führerschein, Pass oder Personalausweis (Ausweispflicht für ev. Aufnahme in ein Krankenhaus während des KZP Aufenthaltes)

- **HAUSMITTEL UND MEDIKAMENTE:**
 - Alle zuletzt eingenommenen Medikamente und verwendeten Salben, auch jene, die nicht täglich eingenommen oder verwendet werden.
 - Medikamente in jenen Verpackungen wie von der Apotheke ausgegeben, mitnehmen. Medikamente im Tages- oder Wochendispenser können nicht angenommen und verwendet werden.
 - Alle verordneten Verbandstoffe und Hilfsmittel (Stützstrümpfe, Bandagen, etc.)
 - Gehhilfen falls vorhanden, Gehstock, Rollmobil, Rollstuhl, ...
 - bei Sondenpatienten: verordnete Sondennahrung und Pumpe (Einschulung seitens der Angehörigen erforderlich)

- **KLEIDUNG:**
 - gewohnte, saisonal passende Bekleidung und Unterwäsche
 - Schuhe und Hausschuhe, möglichst mit rutschfester Sohle
 - Nachtwäsche und Bademantel
 - Mantel oder Jacke (je nach Jahreszeit passend)
 - Geldtasche (bitte mit Namen versehen)

- **TOILETTARTIKEL:**
 - Toilettasche und Reisetasche
 - Rasierapparat bzw. Einmalrasierer und Rasierschaum (für Rasur im Bad)
 - Zahnbürste und Zahnpaste
 - Prothesenreiniger, Haftcreme und Aufbewahrungsbox aus Kunststoff
 - Nagelpflegeset, Schere, Feile, Zwicker
 - persönliche Hygieneartikel nach Belieben (Duschgel, Shampoo, Hautpflegecremen, Bürste, Kamm...)

Alle aufgezählten Artikel werden bewohnerbezogen verwendet und wir ersuchen um rechtzeitiges Nachkaufen.

Gewisse Hygieneartikel, Handseife und Desinfektion werden den Bewohnerinnen und Bewohnern vom Heimträger zur Verfügung gestellt. Darüber hinaus stellen wir auch die notwendigen Inkontinenzartikel zur Verfügung.

Ebenso erhält die Bewohnerin oder der Bewohner Handtücher und Badetücher, Bettwäsche, Waschlappen, Tischwäsche etc.

Die aktuellen Veranstaltungen und Angebote des Hauses entnehmen Sie bitte den Aushängen in den jeweiligen Wohnbereichen. Die Teilnahme an Veranstaltungen ist größtenteils inkludiert. Zusätzliche Kosten fallen bei spezifischen Angeboten an. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an die Heimleitung.