

ANFRAGE

um Aufnahme im Bezirkspflegeheim Gleisdorf,
Schillerstraße 19, 8200 Gleisdorf

Aufnahme am:

In Zimmer:

Kurzzeitpflege: von _____ bis _____

Langzeitpflege: Antrag auf Restkostenübernahme gestellt: BH _____

Persönliche Angaben:

Name: _____ geb.: _____

Anschrift/Gemeinde: _____

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Religion: röm.kath. evang. _____ ohne

Staatsbürgerschaft: Österreich _____

Pensionsvers.anst.: _____

PG Stufe: _____ Erh.Antrag: _____

Krankenvers.anst.: _____ Vers.Nr.: _____

Hausarzt: _____ Rezeptgeb.befreit: _____

Derzeitige Betreuung: Privat 24-Std.-Pfl. HKP TB BW Sonstige

KH PH _____

Besonders pflegebedürftig, weshalb: _____

Stoma: ja nein Tracheostoma: ja nein PEG-Sonde: ja nein

Suchtverhalten: Rauchen Alkohol Sonstiges: _____

Med. Diagnosen: _____

Diät: _____ Diabetiker: ja nein

Über die Aufnahme ins PH aufgeklärt: ja nein _____

Familienangehörige / Erwachsenenvertreter:

Anfrageverlauf: