Sozialhilfeverband Grieskirchen

Alten- und Pflegeheim
der Marktgemeinde Waizenkirchen
4730 Waizenkirchen, Klosterstraße 11
Tel. Nr. 07277/2224 Fax DW 20
E-mail: altenheim@waizenkirchen.ooe.gv.at

Sozialhilfeverband Grieskirchen
Geschäftsstelle
Manglburg 14 • 4710 Grieskirchen
www.shv-gr-ef.at

Kurzzeitpflegevertrag

☐ Bezirksalten- und Pflegeheim Gaspoltshofen
☐ Bezirksalten- und Pflegeheim Grieskirchen
☐ Bezirksalten- und Pflegeheim Kallham
☐ Bezirksalten- und Pflegeheim Peuerbach
☐ Alten- und Pflegeheim Marienheim
☐ Alten- und Pflegeheim Waizenkirchen
☐ St. Raphael Wohnen & Pflege

von _____ bis _____ Zimmer: _____ ☐ EZ ☐ DZ

Angaben über die aufzunehmende Person:

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____

Wohnanschrift: _____

Bezirk: _____ Telefonnummer: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: _____ Rel. Bekenntnis: _____

Staatsbürgerschaft: _____

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

Welches: _____

Letzter Krankenhausaufenthalt von – bis: _____ im _____

Krankenversicherung: _____ SV-Nr.: _____

Pensionsversicherung: _____

Rezeptgebührenbefreiung: ☐ ja ☐ nein Ausgleichszulage: ☐ ja ☐ nein

Hausarzt: _____

Medikamente: _____

Meldepflichtige Krankheiten: _____ Bekannte Allergien: _____

Pflegegeld beantragt am: _____ Erhöhung beantragt am: _____ Wer: _____

Pflegegeldstufe: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

Bestehende Vorsorgevollmacht: ☐ ja ☐ nein (wenn ja, bitte beilegen)

Bestehende Erwachsenenvertretung: ☐ ja ☐ nein (wenn ja, bitte Beschluss beilegen)
wenn ja, welche: ☐ gewählte ☐ gesetzliche ☐ gerichtliche Erwachsenenvertretung

Gericht: _____

Name des Erwachsenenvertreters (inkl. Tel./Anschrift): _____

Angaben über 1. nächste Verwandte, sonstige bevollmächtigte, handlungsberechtigte Personen:

Familienname: _____ Vorname: _____

Zugehörigkeitsverhältnis: _____

Wohnanschrift: _____

Telefonnummer: _____ Email Adresse: _____

Angaben über 2. nächste Verwandte, sonstige bevollmächtigte, handlungsberechtigte Personen:

Familienname: _____ Vorname: _____

Zugehörigkeitsverhältnis: _____

Wohnanschrift: _____

Telefonnummer: _____ Email Adresse: _____

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. Aufenthalte über drei Monate sind nur nach Begutachtung durch die Koordinationsstelle Pflege und Betreuung des Sozialhilfeverbandes Grieskirchen möglich. Nehmen Sie daher vorzeitig Kontakt auf!
- die gesamten Kosten für die Kurzzeitpflege ausschließlich von ihr/ihm selbst zu bezahlen sind.
- die Information über die Kosten der Kurzzeitpflege (Entgelttarif und Pflegezuschlag) bzw. ~~Aufwandsentschädigung bei Nichtinanspruchnahme (200,00 Euro)~~ kommuniziert und verstanden wurde.
- eine Bettfreihaltegebühr vom Bezirksalten- und Pflegeheim in Rechnung gestellt werden muss, wenn innerhalb des Kurzzeitpflegeaufenthalts eine Krankenhauseinweisung bzw. ein längerer Krankenhausaufenthalt notwendig wird.
- bei jeglichen Freiheitsbeschränkenden Maßnahmen eine Bestätigung des Arztes vorliegen muss. Die Bestätigung ist von der/dem Antragsteller/in selbst zu entrichten (derzeitiger Richtkostensatz bei fehlendem ärztlichem Dokument: 117,00 Euro (Stand: September 2019).
- bei Nichtvorliegen einer Pflegegeldeinstufung der vom Bezirksalten- und Pflegeheim erhobene Pflegebedarf verrechnet wird.
- sollte sich nachträglich die Pflegestufe ändern, da der offene Antrag bescheidmäßig zugestellt wurde, wird die tatsächliche Pflegegeldstufe abgerechnet bzw. nachverrechnet. Dadurch kann es vorkommen, dass nach der regulären Abrechnung, eine zusätzliche Abrechnung des Pflegegeldes erfolgt.
- bei Versterben des Kurzzeitpflegegastes das Zimmer innerhalb von 2 Tagen (egal ob Werks- oder Feiertage) durch die Angehörigen, die Bevollmächtigten oder die handlungsberechtigen Personen geräumt werden muss.

Hinweise:
Nähere Informationen zum Datenschutz und zur ELGA-Anbindung finden Sie auf unserer Homepage www.shv-gr-ef.at und im Aushang des jeweiligen Bezirksalten- und Pflegeheimes.

Die Heimgebührenabrechnung ist an Herrn/Frau

Familienname: _____ Vorname: _____

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 (unter 1. 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 Bearbeiter/In

_____
Unterschrift Antragstellerin/Antragsteller

_____
Unterschrift 1. Bevollmächtigte/r

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

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 können bei spezifischen Angeboten anfallen. Für weitere Informationen wenden Sie sich bitte an die Heimleitung.

Für den Kurzzeitpflegeeinzug ist bitte mitzubringen:

- 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 Kurzzeitpflegeaufenthaltes)

- 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. Medikamente im Tages- oder Wochendispenser können nicht angenommen und verwendet werden.
  - alle verordneten Verbandsstoffe 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:
  - Toiletttasche 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. Rechtzeitiges Nachkaufen bedenken.

Gewisse Hygieneartikel, Handseife und Desinfektion, sowie notwendige Inkontinenzartikel werden den Bewohnerinnen und Bewohnern vom Heimträger zur Verfügung gestellt.

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