

# lebenshilfe KÄRNTEN

**Jeder Mensch zählt.**

## ANTRAG zur Aufnahme in

das Seniorenwohnheim Ebenthal - Schwarz 15, 9065 Ebenthal

für

Frau/Herrn.....

geb.am:.....

wohnhaft in:.....

Gemeinde:.....

Bezirk:.....

nächster Angehöriger:.....

Anschrift:.....

Tel.Nr.:.....

Verwandschaftsverhältnis:.....

### Einkommensverhältnisse des Aufnahmewerbers:

(Bitte jeweils auch den Leistungsgeber anführen; z.B. PVA mit Aktenzeichen)

Pension:.....

AZ:.....

2. Pension:.....

AZ:.....

Pflegegeld der Stufe:.....

€.....

Rezeptgebührenbefreiung: ja

nein

Sonstige (bitte anführen):.....

Einkommenshöhe monatlich (inkl. Pflegegeld):.....

Beilagen (event. Pensionsbescheid):.....

.....  
Ort, Datum:

.....  
Unterschrift des Antragstellers

**Bei Pflegebedürftigkeit bitte vom behandelnden Arzt oder Krankenhaus ausfüllen:**

- |  |                       |    |                       |      |
|--|-----------------------|----|-----------------------|------|
| 1. Kann der Aufnahmewerber seine leiblichen Bedürfnisse selbst besorgen? | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein |
| 2. Benötigt der Aufnahmewerber fremde Hilfe?                             | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein |
| 3. Hält sich der Aufnahmewerber rein?                                    | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein |
| 4. Treppensteigen möglich?   | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein |
| 5. Ist der Aufnahmewerber frei von ansteckenden Krankheiten?             | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein |
| 6. Braucht der Aufnahmewerber Pflege-(Heil-) behelfe?                    | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein |
| 7. Diät erforderlich? Welche?  | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein |

.....  
**Diagnose:**.....  
.....  
.....

**Medikation:**.....  
.....  
.....

**Therapie- Rehabilitationsmaßnahmen u. ev. sonstige Bemerkungen:**  
.....  
.....

.....  
**Ort, Datum** **Unterschrift; Stampiglie des  
Arztes/ Krankenhaus**

**Stellungnahme des betreuenden Arztes:**

- |  |                       |    |                       |      |
|--|-----------------------|----|-----------------------|------|
| Gegen die beabsichtigte Aufnahme bestehen Einwände:  | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein |
| Sollte die Erhöhung des Pflegeldes beantragt werden? | <input type="radio"/> | ja | <input type="radio"/> | nein |

Wenn Einwände,- Begründung:  
.....  
.....

.....  
**Ort, Datum:** **Unterschrift des betreuenden Arztes**