

# AUFNAHME-FORMULAR

## FÜR BETREUTES WOHNEN SONNENWIESE



Bitte zutreffendes so ankreuzen:

Zahlen so eintragen: 1 2

Bitte in BLOCKSCHRIFT ausfüllen: A B C

### 1. Angaben zur eigenen Person

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum (TT-MM-JJJJ): \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Familienstand:    ledig            verwitwet            geschieden            verheiratet            Lebensgemeinschaft

Name des Partners: \_\_\_\_\_

Krankenversichert bei: \_\_\_\_\_ Sozialvers.Nr.: \_\_\_\_\_

Von wem beziehen Sie Ihre Pension: \_\_\_\_\_

Monatl. Einkommen: \_\_\_\_\_ Bank: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_ Kontonummer: \_\_\_\_\_

### 2. Angaben zu Angehörigen / Bezugspersonen

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon privat: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Sachwalter:    Nein            Ja            Name des Sachwalters: \_\_\_\_\_

**Bitte Nachweis beilegen!**

# AUFNAHME-FORMULAR

## FÜR BETREUTES WOHNEN SONNENWIESE



### 3. Gesundheitszustand / Soziales Umfeld

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Pflegegeld: Ja Stufe: \_\_\_\_\_ um Erhöhung angesucht am: \_\_\_\_\_

Nein angesucht am: \_\_\_\_\_

Mobile Betreuung: Ja Nein Wenn Ja, durch: \_\_\_\_\_

Zubereitung von Mahlzeiten:

koche selbst

durch Angehörige / Bekannte / Nachbarn

Essen auf Rädern

Gourmet-Menü oder Fertiggerichte

Gasthaus

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Mobilität:

selbstständig

Weitgehende Bettlägrigkeit (Mobilisation möglich)

Gefähig mit techn. Hilfsmitteln

Vollständige Bettlägrigkeit

Mobil mit personeller Unterstützung

Notizen: \_\_\_\_\_

Orientierung:

Voll orientiert

Orientierungsschwierigkeiten bei neuen Situationen

Zeitweise Desorientiertheit

Dauernde Desorientiertheit

Notizen: \_\_\_\_\_

# AUFNAHME-FORMULAR

## FÜR BETREUTES WOHNEN SONNENWIESE



### 4. Wohnsituation

Stockwerk: \_\_\_\_\_ Lift: Ja Nein

Verlassen der Wohnung alleine möglich? Ja Nein

Bad, in der Wohnung: Ja Nein am Gang Sonstiges: \_\_\_\_\_

WC, in der Wohnung: Ja Nein am Gang Sonstiges: \_\_\_\_\_

Wie beheizen Sie Ihre Wohnung? Zentralheizung Ölofen Feststoffheizung Sonstiges \_\_\_\_\_

Behindertengerechter Zugang in das Haus? Ja Nein

Befinden sich Stufen/Schwellen in der Wohnung? Ja Nein

Stellen zu schmale Türbreiten ein Hindernis dar? Ja Nein

Wenn Ja, warum: \_\_\_\_\_

Vertretung für Haus-, Keller- u. Schneetouren vorhanden? Ja Nein

Sonstige Erschwernisse, welche: \_\_\_\_\_

### 5. Chancengleichheitsgesetz

Es liegt eine Bedarfsmeldung beim Magistrat Steyr auf Ja Nein

Ich beziehe Leistungen nach dem ChG Ja Nein

Ich werde jegliche Änderung meiner Wohnverhältnisse sowie meines Gesundheitszustandes (Höhe des Pflegegeldes etc.) sofort melden.

Steyr, \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

#### Erforderliche Beilagen:

aktueller Pensionsabschnitt  
aktueller Pflegegeldnachweis  
Meldezettel  
Kopie des Passes od. Personalausweises  
ärztlicher Fragebogen

#### Sehr geehrte(r) Interessent/in!

Wir ersuchen Sie, dieses Formular vollständig auszufüllen und die erforderlichen Unterlagen in Kopie beizulegen, da sonst Ihr Antrag nicht angenommen werden kann. Durch die Annahme des Antrages entsteht kein Rechtsanspruch auf eine Wohnung. Bitte übermitteln Sie den Antrag (samt Beilagen) an die **GWG der Stadt Steyr, 4400 Steyr, Färbergasse 7**

# ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Wir ersuchen den behandelnden Arzt um Ausfertigung zum Aufnahme-Formular für Betreutes Wohnen Sonnenwiese



## Angaben zum Antragsteller

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Sozialvers.Nr.: \_\_\_\_\_

## 1. Welche Erkrankungen liegen zurzeit vor?

---

---

## 2. Ernährung

selbstständig                      Vorbereitungen notwendig

Anleitung und Überwachung erforderlich                      Essen und Trinken muss eingegeben werden

Ist eine Diät notwendig?                      Ja                      Nein

Wenn Ja, welche: \_\_\_\_\_

---

## 3. Mobilität:

Selbstständig

Weitgehende Bettlägrigkeit (Mobilisation möglich)

Gefähig mit techn. Hilfsmitteln

Vollständige Bettlägrigkeit

Mobil mit personeller Unterstützung

Notizen: \_\_\_\_\_

## 4. Orientierung:

Voll orientiert

Orientierungsschwierigkeiten bei neuen Situationen

Zeitweise Desorientiertheit

Dauernde Desorientiertheit

Notizen: \_\_\_\_\_

# ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Wir ersuchen den behandelnden Arzt um Ausfertigung zum Aufnahme-Formular für Betreutes Wohnen Sonnenwiese



## 5. Einschränkungen im geistig-psychischen Bereich

Keine Einschränkungen

Leichte Beeinträchtigung (z.B. Antriebslosigkeit)

Dauernde u. zeitintensive Beobachtung u. Betreuung

Therapeutisch kompensiert – Kontrolle notwendig

Wiederkehrende Beobachtung u. Betreuung notwendig

Notizen: \_\_\_\_\_

## 6. Vorrichten und Einnehmen von Medikamenten

Selbstständig

Erinnerung erforderlich

Braucht Unterstützung in Teilbereichen (Vorbereitung)

Vorrichten und Verabreichen erforderlich

Medikament	Früh	Mittag	Abend	Nacht

## 7. Sonstige wichtige Informationen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Unterschrift und Stampiglie des Arztes