

## Gesuch um unbefristete Aufnahme

Das Gesuch um unbefristete Aufnahme wird für folgende Person gestellt (aufzunehmende Person):

Der/Die Unterfertigte Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Ehename \_\_\_\_\_

Familienstand     ledig     verheiratet     verwitwet     \_\_\_\_\_

Steuernummer \_\_\_\_\_ Staatsbürgerschaft \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_

wohnhaft in (Straße) \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_, Mobilteil. \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Pflegegeld beantragt     Nein     Ja, am \_\_\_\_\_ Pflegestufe \_\_\_\_\_

Bezieht Begleitungsgeld     Nein     Ja

Bezieht ähnliche ausländische Förderungen     Nein     Ja, welche: \_\_\_\_\_

Um Tarifbegünstigung angesucht     Nein     Ja, am \_\_\_\_\_

### ersucht

um unbefristete Aufnahme im ÖBPB „Bürgerheim St. Nikolaus von der der Flüe“

**Art der gewünschten Unterbringung:**     Einbettzimmer     Zweibettzimmer

Der/Die Unterfertigte erklärt:

- in Kenntnis darüber zu sein, dass vor der Heimaufnahme ein entsprechender Heimvertrag unterzeichnet wird;
- die allgemeinen Bedingungen für die Aufnahme in das Seniorenwohnheim laut Dienstleistungscharta, in geltender Fassung, zu kennen und zu akzeptieren;
- den Tagessatz bzw. den Tarif (Grundtarif) zur Gänze zu bezahlen oder für dessen Bezahlung zu sorgen;
- informiert zu sein, dass er/sie einen Antrag auf Tarifbegünstigung beim zuständigen Sozialspiegel oder bei der zuständigen Gemeinde im Sinne des Dekrets des Landeshauptmanns vom 11. August 2000, Nr. 30, in geltender Fassung, stellen kann, um einen seiner/ihrer wirtschaftlichen Lage entsprechenden begünstigten Tarif (Grundtarif) gemäß demselben Dekret zu erhalten;
- informiert zu sein, dass – falls notwendig – auch die Verwandten 1. Grades, entsprechend ihrer wirtschaftlichen Lage gemäß DLH Nr. 30/2000, für die Bezahlung des Tarifs (Grundtarifs) aufkommen müssen;

## Gesuch um unbefristete Aufnahme

- informiert zu sein, dass er/sie alle im Sinne des DLH Nr. 30/2000 zahlungspflichtigen Personen über die eventuelle Tarifbeteiligung und über die Möglichkeit, beim zuständigen Sozialsprengel oder bei der zuständigen Gemeinde um Tarifbegünstigung gemäß desselben Dekrets anzusuchen, informieren muss;
- das Seniorenwohnheim zu ermächtigen, seine Familienmitglieder schriftlich über die Pflicht zur Zahlung des Grundtarifs gemäß DLH Nr. 30/2000 zu informieren und bereit zu sein, dem Seniorenwohnheim die dafür erforderlichen Daten zu liefern;
- informiert zu sein, dass bei Auftreten von besonderen Pflege- und Betreuungsbedürfnissen die aufzunehmende Person für den erforderlichen Zeitraum in die entsprechende besondere Betreuungsform, auch in ein anderes Seniorenwohnheim, aufgenommen und wieder entlassen werden kann;
- das Informationsblatt „Verarbeitung der personenbezogenen Daten“ laut Verordnung (EU) 2016/679, in der Folge als Datenschutz-Grundverordnung bezeichnet, erhalten zu haben;
- zu wissen, dass sowohl der Aufnahmetag als auch der Entlassungstag in Rechnung gestellt wird;
- zu wissen, dass beim Heimeinzug weitere Unterlagen vorzulegen sind;
- zu erklären, dass die antragstellende Person zur Zeit von folgendem Dienst betreut wird:

Hauspflegedienst       Hauskrankenpflege       Tagespflegeheim       Altenwohnung  
 Badante       Familienangehörige       begleitetes/betreutes Wohnen

Bei Unterzeichnung des Vertrages leisten der Heimbewohner und die zur Tarifbeteiligung verpflichteten Familienmitglieder eine Kaution. Diese muss mindestens dem vom jeweiligen Seniorenwohnheim festgelegten monatlichen Grundtarif entsprechen und darf zwei Monatstarife nicht übersteigen.

Das Seniorenwohnheim behält sich das Recht vor, bei Notwendigkeit und nach vorheriger begründeter Mitteilung an den Heimbewohner und an die Bezugsperson, betriebsinterne Zimmer- oder Wohnbereichswechsel vorzunehmen.

Außerdem wird darauf hingewiesen, dass ab effektiver unbefristeter Daueraufnahme ein Austritt aus dem Bürgerheim außer bei Todesfall nur durch eine schriftliche Kündigung erfolgen kann. Diese ist mindestens 30 Tage vor dem geplanten Austritt im Sekretariat des Bürgerheimes einzureichen. Sollte die Kündigung nicht rechtzeitig erfolgen, so ist das Bürgerheim berechtigt, die nicht eingehaltenen Tage der Kündigungsfrist mit dem Gegenwert des aktuellen Tagessatzes (Grundtarif) von der Kaution einzubehalten.

### **Informationsteil und Bezugsperson:**

Antragsteller, die nicht mehr selbst in der Lage sind, über die eigenen Belange zu entscheiden, benötigen einen Vormund, Kurator oder Sachwalter.

Die Bezugspersonen sind die Ansprechpartner, an die sich die Mitarbeiter des Seniorenwohnheimes für Informationen und Mitteilungen wenden können.

## Gesuch um unbefristete Aufnahme

**1. Bezugsperson:**  Vormund  Kurator  Sachwalter  \_\_\_\_\_

Nach- und Vorname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_

Steuernummer \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

wohhaft in (Straße) \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_

Mobiltel. \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

**2. Bezugsperson:**  Vormund  Kurator  Sachwalter  \_\_\_\_\_

Nach- und Vorname \_\_\_\_\_

geboren am \_\_\_\_\_, in \_\_\_\_\_

Steuernummer \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

wohhaft in (Straße) \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_

Ort \_\_\_\_\_ Postleitzahl \_\_\_\_\_

**Mobiltel.** \_\_\_\_\_ **E-Mail-Adresse** \_\_\_\_\_

### Hausarzt:

Nach- und Vorname \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

### Eventueller Facharzt:

Nach- und Vorname \_\_\_\_\_

Tel. \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse \_\_\_\_\_

Unterschrift des zukünftigen Bewohners \_\_\_\_\_

## Gesuch um unbefristete Aufnahme

Nur auszufüllen, wenn die aufzunehmende Person aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage ist, zu unterschreiben

Vormund       Kurator       Sachwalter       \_\_\_\_\_

### Erklärung im Sinne von Art. 4 des DPR Nr. 445/2000

Nachname \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

erklärt in seiner/ihrer Eigenschaft als

- Ehepartner
  - Sohn/Tochter (in Abwesenheit des Ehepartners)
  - Angehöriger (in Abwesenheit des Ehepartners und von Kindern)
- dass die aufzunehmende Person aus gesundheitlichen Gründen zeitweilig nicht in der Lage ist, das Gesuch mit allen darin enthaltenen Erklärungen zu unterschreiben.

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

(Bei Unterzeichnung des Heimvertrags ist dieses Aufnahmegesuch mit allen darin enthaltenen Erklärungen von der aufzunehmenden Person bzw. vom Sachwalter, Kurator oder Vormund zu unterzeichnen).

**Wir empfehlen die Einrichtung eines Dauerauftrags (SEPA) für die Begleichung der Heimrechnungen!**

Rechnungsempfänger ist die  aufzunehmende Person  Bezugsperson  \_\_\_\_\_

Nachname		Vorname
geboren am		in
wohhaft in (Straße)		Nr.
Ort		Postleitzahl
Steuernummer		Verwandtschaftsgrad

## Gesuch um unbefristete Aufnahme

### Anlagen:

- |  |                             |                               |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Kopie des Erkennungsausweises der aufzunehmenden Person   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Kopie der Gesundheitskarte der aufzunehmenden Person  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Kopie des Erkennungsausweises der zahlungspflichtigen Angehörigen und der Bezugsperson                              | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Kopie der Steuernummer der zahlungspflichtigen Angehörigen  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Kopie der Urkunde zur Ernennung des Vormunds/Kurators/Sachwalters   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Bestätigung der Zivilinvalidität  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Kopie betreffend das Ergebnis der Einstufung in eine Pflegestufe bzw. Bestätigung über das bezogene Begleitungsgeld | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Bestätigung über bezogene ähnliche ausländische Förderungen   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Kopie des Krankenkassabüchleins bzw. Bestätigung für die Ticketbefreiung  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Heilbehalteausweis (Pflegepass)   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Bestätigung über die Einzahlung der Kaution (kurz vor dem Heimeintritt)   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Statistische Datenerhebung (Anlage 1)   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Ärztlicher Fragebogen – nicht älter als 3 Monate (Anlage 2)   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Diagnosen – Therapieplan (Anlage 3)   | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Biographiebogen (Anlage 4)  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Aromapflege – Einverständniserklärung (Anlage 5)  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Fragebogen: soziale Beurteilung (Anlage 6)  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <input type="checkbox"/> Fragebogen: Beurteilung des Selbständigkeitgrades (Anlage 7)  | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| <br>   |                             |                               |
| <input type="checkbox"/> _____   |                             |                               |

### Heimeintritt, Zahlungsverpflichtung und rechtliche Bestimmungen:

Die Vergabe des Heimplatzes erfolgt nach der Reihung der Gesuche in der Warteliste. Vor Heimeintritt ist der Heimvertrag zu unterschreiben. Dieser legt die Rechte und Pflichten der involvierten Parteien fest und gewährleistet Transparenz in Bezug auf die einzelnen angebotenen Leistungen. Der Tarif (Grundtarif) zu Lasten der betreuten Person und ihrer Familie hängt von der Art der Unterbringung in Einzel- oder Zweibettzimmern ab. Dieser Grundtarif wird jährlich angepasst. Die jeweils gültigen Grundtarife werden Ihnen auf einfache Nachfrage von der Verwaltung des Seniorenwohnheimes mitgeteilt. Ein entsprechendes Informationsblatt wird Ihnen während des Erstgesprächs oder bei Antragstellung übergeben.

Das vom Land ausbezahlte Pflege- bzw. Begleitungsgeld wird ab dem Folgemonat nach der unbefristeten Aufnahme nicht mehr direkt der betreuten Person ausgezahlt.

Der/ Die Unterfertigte bestätigt mit seiner/ihrer Unterschrift, das genannte Informationsblatt erhalten zu haben und über die Heimkosten informiert worden zu sein.

## Gesuch um unbefristete Aufnahme

Es wird erklärt, dass die aufzunehmende Person folgende im Sinne des DLH Nr. 30/2000 zahlungspflichtige Angehörige (Ehepartner oder Gleichgestellte, Kinder und Eltern) hat und diese über ihre Pflichten informiert sind.

Die Unterfertigten verpflichten sich, den Tarif (Grundtarif) zur Gänze zu bezahlen oder einen Antrag auf Tarifbegünstigung beim zuständigen Sozialsprengel oder bei der zuständigen Gemeinde zu stellen und den dann berechneten Tarif zu bezahlen.

Weiters verpflichten sich der/die Unterfertigte/n, solidarisch gegenüber dem ÖPB „Bürgerheim St. Nikolaus von der Flüe“ alle zukünftigen vom Heimbewohner zu Lasten fallende Tagessatzerhöhungen zu tragen sowie für nicht eingehaltene Verpflichtungen finanzieller Art des/der obgenannten Betreuten aufzukommen. Vorliegende Kostenzusicherung gilt bis zum Tag des Austrittes oder Hinscheidens des/der Betreuten.

<u>Vor- und Nachname</u>	<u>Geburtsdatum und -ort</u>	<u>Adresse</u>	<u>Telefonnummer</u>	<u>Unterschrift</u>
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				

Der/Die Erklärende wurde darauf hingewiesen und ist sich bewusst, dass er/sie im Falle von Urkundenfälschung und unwahren Erklärungen den strafrechtlichen Sanktionen laut Art. 76 des DPR vom 28. Dezember 2000, Nr. 445, in geltender Fassung, unterliegt.

Gelesen, bestätigt und unterzeichnet

---

(Datum)

---

(Unterschrift)

**Die Unterschrift muss vor der beauftragten Person geleistet werden, ansonsten muss die Kopie eines gültigen Erkennungsausweises des/der Erklärenden beigelegt werden.**

## Gesuch um unbefristete Aufnahme

### ERKLÄRUNG

Der/Die Unterfertigte erklärt, dass er/sie über die Bestimmungen der Verordnung (EU) 2016/679, in der Folge als Datenschutz- Grundverordnung bezeichnet, in Kenntnis gesetzt wurde, und ermächtigt das Seniorenwohnheim, die gemäß den einschlägigen Rechtsvorschriften angegebenen und/oder nachfolgend erfassten personenbezogenen Daten für institutionelle und organisatorische Zwecke zu verwenden. Die angegebenen Daten werden unter Beachtung der in der genannten Verordnung enthaltenen Bestimmungen verarbeitet und können nur anderen öffentlichen Körperschaften übermittelt werden, die aus institutionellen Gründen darauf zugreifen müssen. Der/Die Unterfertigte erteilt somit die Einwilligung zur Übermittlung und Verbreitung der personenbezogenen Daten für die gesetzlich vorgesehenen Zwecke.

---

(Datum)

(Unterschrift)

**Verarbeitung besonderer Kategorien von personenbezogenen Daten, einschließlich jener über den Gesundheitszustand, und Ermächtigung zur Weitergabe von Informationen über den Gesundheitszustand:**

a) Der/Die Unterfertigte erteilt im Sinne des oben angeführten Absatzes über die Bestimmungen der Datenschutz- Grundverordnung, bis auf Widerruf, dem Seniorenwohnheim die Ermächtigung zur Verarbeitung besonderer Kategorien personenbezogener Daten, einschließlich jener über den Gesundheitszustand, für die gesetzlich vorgesehenen Zwecke.

---

Ja

Nein

---

b) Der/Die Unterfertigte erteilt im Sinne des oben angeführten Absatzes über die Bestimmungen der Datenschutz- Grundverordnung bis auf Widerruf, dem Seniorenwohnheim die Ermächtigung zur Weitergabe von Informationen über den Gesundheitszustand an folgende Personen: z.B. Angehörige/Verwandte/Mitbewohner Heim- bzw. Vertrauensarzt (Vor- und Nachname, evtl. Telefonnummer):

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_

---

Ja

Nein

---

**Information über die Anwesenheit des Heimbewohners im Seniorenwohnheim:**

Der/Die Unterfertigte erteilt dem Seniorenwohnheim, bis auf Widerruf, die Ermächtigung, seine/ihre Anwesenheit in der Einrichtung Dritten mitzuteilen:

---

Ja

Nein

---

## Gesuch um unbefristete Aufnahme

**Ermächtigung zur Anbringung des Namens, zur Veröffentlichung von Fotos und zur Bekanntgabe des Geburtstags:**

Der/Die Unterfertigte erteilt dem Seniorenwohnheim, bis auf Widerruf, die Ermächtigung, seinen/ihren Namen an der Zimmertür anzubringen, Fotos zu veröffentlichen und seinen/ihren Geburtstag (Alter) bekannt zu geben:

Name  
 Ja     Nein

Foto  
 Ja     Nein

Geburtstagsbekanntgabe  
 Ja     Nein

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

**oder (falls zutreffend):**

Vormund     Kurator     Sachwalter   

gemäß Artikel 6 und Artikel 9 der Datenschutz- Grundverordnung Unterschrift des Sorgeberechtigten: im Falle, dass die aufzunehmende Person unfähig ist, selbst zu unterschreiben, kann die Einwilligung vom Vormund, Kurator, Sachwalter, von einem nahen Verwandten, einem Familienmitglied, einem Mitbewohner (Lebenspartner) oder, wenn diese fehlen, vom Verantwortlichen der Einrichtung gegeben werden.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

*Dieses Formular wurde geschlechtergerecht abgefasst, mit Ausnahme einiger Rechtsbegriffe, die nur in männlicher Form angeführt sind. Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass im Öffentlichen Betrieb für Pflege- und Betreuungsdienste „Bürgerheim St. Nikolaus von der Flüe“ der Grundsatz der Geschlechtergleichstellung gilt.*

## Gesuch um unbefristete Aufnahme

### Der Verwaltung vorbehalten

Im Sinne von Art. 21 des DPR vom 28. Dezember 2000, Nr. 445, bestätige ich, \_\_\_\_\_

---

dass

- der/die Erklärende dieses Gesuch in meiner Gegenwart unterzeichnet hat
  - die Identität des/der Erklärenden durch einen gültigen Erkennungsausweis festgestellt wurde.
- 
- 

(Datum)

(Unterschrift des Beauftragten)

Vor Aufnahme der Person in das Heim muss die zuständige Gemeinde darüber informiert werden.

Bei der Aufnahme von Personen, die vor der Aufnahme in Gemeinden außerhalb Südtirols ansässig waren, muss **UNBEDINGT VORHER** die zuständige Gemeinde darüber informiert werden. Noch besser wäre es eine Zahlungsverpflichtung derselben zu haben, und vorher der zuständige Gesundheitsbezirk kontaktiert werden.

Hat die aufzunehmende Person das 60. Lebensjahr noch nicht vollendet oder ist sie nicht im Besitz der italienischen Staatsbürgerschaft, so muss die Aufnahme vorab mit dem zuständigen Sozialdienst vereinbart werden.

# INFORMATION IM SINNE VON ARTIKEL 13 UND ARTIKEL 14 DER DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG

für die Seniorenbetreuung in stationären Einrichtungen. Hinweise zum  
Datenschutz



Wir informieren Sie, dass die Verordnung (EU) 2016/679, in der Folge als Datenschutz-Grundverordnung bezeichnet, den Schutz natürlicher Personen bei der Verarbeitung personenbezogener Daten vorsieht. Die personenbezogenen Daten werden von dieser Verwaltung ausschließlich zu institutionellen Zwecken gesammelt und verarbeitet.

## **Zweck der Datenverarbeitung**

Die personenbezogenen Daten werden im Rahmen der normalen Verwaltungstätigkeit gesammelt und verarbeitet und dienen der Wahrnehmung institutioneller, verwaltungstechnischer oder buchhalterischer Aufgaben bzw. Zwecken, welche mit der Ausübung der den Bürgern und Verwaltern zuerkannten Rechte und Befugnisse zusammenhängen.

## **Verarbeitung von besonderen Kategorien personenbezogener Daten**

Die Verarbeitung betrifft auch besondere Kategorien personenbezogener Daten im Rahmen der Seniorenbetreuung in stationären Einrichtungen (Pflege- und Gesundheitsdaten der Heimbewohner) im Sinne nachstehender Vorschriften: Landesgesetz vom 30. April 1991, Nr. 13, in geltender Fassung, insbesondere Artt. 10 und 11/quater, sowie der Beschluss der Landesregierung vom 7. Februar 2017, Nr. 145, in geltender Fassung.

## **Verarbeitungsmodalitäten**

Die Daten werden händisch und/oder mit Hilfe von elektronischen Mitteln so verarbeitet, dass die Sicherheit und Vertraulichkeit der Daten gewährleistet ist.

Die **Übermittlung der Daten** ist für die Ausübung der institutionellen Tätigkeiten obligatorisch.

Die **fehlende Übermittlung der Daten** hat zur Folge, dass Gesetzespflichten missachtet werden und/oder dass die Verwaltung daran gehindert wird, die von den betroffenen Personen eingereichten Anträge zu bearbeiten.

## **Die Daten können übermittelt werden an:**

alle Rechtssubjekte (Ämter, Körperschaften und Organe der öffentlichen Verwaltung, Betriebe und Einrichtungen), die gesetzlich verpflichtet sind, diese zu kennen, oder die davon Kenntnis erlangen können, sowie an die Zugangsberechtigten.

Die Daten können vom Rechtsinhaber, in der Folge als Verantwortlicher bezeichnet, von den Auftragsverarbeitern, von den mit der Verarbeitung personenbezogener Daten Beauftragten und vom Systemverwalter dieser Verwaltung zur Kenntnis genommen werden.

## **Dauer der Verarbeitung und Zeitraum für die Datenaufbewahrung**

Die Daten werden so lange verarbeitet, wie es für die Erfüllung des Rechtsverhältnisses zwischen den Parteien erforderlich ist und werden für einen Zeitraum von 10 Jahren aufbewahrt, es sei denn, es ist ausdrücklich vom Gesetz anders vorgesehen.

## **Rechte der betroffenen Person**

Vorbehaltlich anderslautender Bestimmungen hat die betroffene Person gemäß Datenschutz-Grundverordnung das Recht:

- Auskunft darüber zu erhalten, ob Daten vorhanden sind, die sie betreffen,
- die Einwilligung jederzeit zu widerrufen. Der Widerruf der Einwilligung berührt nicht die Rechtmäßigkeit der Verarbeitung, die vor dem Widerruf auf Grundlage der Einwilligung erfolgt ist,
- dass ihr diese Daten in verständlicher Form übermittelt werden,
- auf Auskunft über die Herkunft der personenbezogenen Daten, über den Zweck und die Modalitäten der Verarbeitung sowie über das angewandte System, falls die Daten elektronisch verarbeitet werden,

## **INFORMATION IM SINNE VON ARTIKEL 13 UND ARTIKEL 14 DER DATENSCHUTZ-GRUNDVERORDNUNG**

**für die Seniorenbetreuung in stationären Einrichtungen. Hinweise zum  
Datenschutz**



- zu verlangen, dass widerrechtlich verarbeitete Daten gelöscht, anonymisiert oder gesperrt werden; dies gilt auch für Daten, deren Aufbewahrung für die Zwecke, für die sie erhoben oder später verarbeitet wurden, nicht erforderlich ist,
- die Aktualisierung, die Berichtigung oder, sofern interessiert, die Ergänzung der Daten zu verlangen,
- sich der Datenverarbeitung aus rechtmäßigen Gründen zu widersetzen oder diese einzuschränken,
- Beschwerde bei der Aufsichtsbehörde einzureichen.

### **Informationen über den Verantwortlichen der Datenverarbeitung**

Verantwortlicher der Datenverarbeitung ist diese Verwaltung, in der Person ihres gesetzlichen Vertreters *pro tempore*.

Kontaktdaten: Bürgerheim St. Nikolaus von der Flüe - ÖBPB  
Dr.-K.-Tinzi 19  
I-39028 Schlanders (BZ)  
Tel: +39 0473 748600  
Fax: +39 0473 748125  
E-Mail-Adresse: [info@altersheim-schlanders.it](mailto:info@altersheim-schlanders.it)  
PEC: [altersheim-schlanders@legalmail.it](mailto:altersheim-schlanders@legalmail.it)

Für die Bearbeitung der gemäß Datenschutz- Grundverordnung eingereichten Beschwerden ist der Direktor, Tel. +39 0473 748600.

### **Informationen über den Datenschutzbeauftragten (DSB)**

Kontaktdaten: Psy-Lex GmbH, Hubengasse 1, I-39030 St. Lorenzen (BZ)  
Ansprechsperson: Armin Wieser  
E-Mail-Adresse: [dpo@altersheim-schlanders.it](mailto:dpo@altersheim-schlanders.it)

## Gesuch um befristete und unbefristete Aufnahme Statistische Datenerhebung

### Statistische Datenerhebung

#### Herkunft

Aus einem anderen Alters-/Pflegeheim der Provinz  Andere Herkunft

#### Zuweisung

Andere Gesundheitsdienste  Andere soziale Einrichtungen  Anderer Sozialdienst  
 Arzt/Krankenhaus  Der Betreute selbst  Familie  
 Psychologische Dienste  Sonstige private Personen  Sozial- und Gesundheitssprengel  
 Andere

#### Art der Unterkunft

Eigene Wohnung ohne Hauspflegedienst  Eigene Wohnung mit Hauspflegedienst  
 Herkunftsfamilie  In einer Einrichtung (stationärer Sozialdienst)  
 Eigene Wohnung mit einem Pflegehelfer  In einer Wohneinrichtung für Senioren  
 Bei anderen Familienangehörigen  Andere

#### Grund der Aufnahme

Betreuungs- und Pflegebedarf  gesundheitliche Probleme  Gewalt  Missbrauch  
 Schwerwiegende psychologische/verhaltensbedingte Probleme des Betreuten  
 wirtschaftliche Probleme des Betreuten  Wohnsituation des Betreuten  Anderer Grund

#### Kategorie

Asylantragsteller  Anerkannter Flüchtling  Flüchtling mit subsidiärem Schutz  
 Sinti  Roma  Obdachlos/ohne festen Wohnsitz  
 Keine

#### Invaliditätsgrad

\_\_\_\_\_ % Invalidität  mit Begleitzulage  ohne Begleitzulage



Bürgerheim  
St.Nikolaus von der Flüe  
Schlanders  
Silandro

## Gesuch um befristete und unbefristete Aufnahme Statistische Datenerhebung

### Behinderung

- Alkoholmissbrauch     Drogenmissbrauch     Missbrauch von Medikamenten     Spielsucht  
 körperliche Behinderung     Mit Behinderung aufgrund Schädelhirntrauma und Schlaganfall  
 Persönlichkeits- und Verhaltensstörung     Affektive Störungen     Depression  
 Gehörlos     Teilblind     Vollblind  
 Beeintr./Behinder./Erkrankung in keine der anderen Kategorien  
 ohne Beeinträchtigung/Behinderung/Erkrankung

### Erwerbstätigkeit

- Unternehmer, Angestellter, Freiberufler     Unselbstständig (Lehrling, Praktikant, gesch. Werkstatt)  
 Student     arbeitslos     Pensionist     Hausfrau  
 anderes \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Der/die Bewohner/in

## Gesuch um befristete und unbefristete Aufnahme - Ärztlicher Fragebogen

Zur Anmeldung bzw. Aufnahme in den ÖBPB „Bürgerheim St. Nikolaus von der Flüe“ des/der Herrn/Frau \_\_\_\_\_ geboren am \_\_\_\_\_  
 in \_\_\_\_\_ wohnhaft in \_\_\_\_\_ Str. \_\_\_\_\_ Nr. \_\_\_\_\_  
 derzeitiger Aufenthalt \_\_\_\_\_

### 1. Selbständigkeit:

- beim Gehen                     ja                     nein  
                                    mit Gehhilfe             mit Begleitung  
                                    mit Rollstuhl             ist bettlägerig
- beim Essen                     ja                     nein
- beim An- und Auskleiden     ja                     nein
- Beim Waschen                 ja                     nein
- Beim Benützen der Toilette  ja                     nein
- Harninkontinenz               ja                     nein
- Gehör                         gut                     vermindert                     Hörgerät
- Sehkraft                      gut                     vermindert                     stark vermindert

### 2. Geistig- seelische Verfassung:

#### • Orientierung:

- |           |                                 |                                 |   |
|-----------|---------------------------------|---------------------------------|---|
| zeitlich: | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> schwer desorientiert |
| örtlich:  | <input type="checkbox"/> normal | <input type="checkbox"/> leicht | <input type="checkbox"/> schwer desorientiert |

## Gesuch um befristete und unbefristete Aufnahme - Ärztlicher Fragebogen

- **Altersgerechte Merkfähigkeit**

normal       vermindert       schwer gestört

- **Kontaktfreude**

normal       leicht abgestumpft       abweisend

- **Alkoholgenuss**

Nein       gelegentlich       häufig

- **Gemütsstimmung**

ausgeglichen       depressiv       aufgereggt

abgestumpft       Angst und Wahnvorstellungen

- **Nachtruhe**

normal       öfters unruhig

**Pneumokokkenimpfung:**       nein       ja    wenn ja, wann: \_\_\_\_\_

Grund der Heimaufnahme: (bitte in Blockschrift ausfüllen) \_\_\_\_\_

Diagnose derzeit: \_\_\_\_\_

Therapie derzeit: genaue Beschreibung: \_\_\_\_\_

Ist eine besondere Diät erforderlich?       ja       nein

Wenn ja, welche? \_\_\_\_\_

Empfehlungen des Arztes: \_\_\_\_\_

- Physiotherapie:
- Logopädie:
- Behandlung durch den Dienst für psychische Gesundheit

Name des Hausarztes: \_\_\_\_\_

Der Patient zeigt Hinweise für das Vorliegen von ansteckenden Krankheiten:       ja       nein

Datum \_\_\_\_\_

Stempel und Unterschrift des Arztes

## Gesuch um befristete und unbefristete Aufnahme - Diagnosen - Therapieplan

---

(Name des Arztes (Stempel) / nome del medico (timbro))

(Name des Bewohners/Patienten / nome dell'abitante/paziente)

(geboren am /nato il)

(geboren in / nato a)

### Diagnosen – Diagnosi:

---

---

---

---

---

### Empfohlene Therapie - Consiglio terapeutico

Medikament	Morgens	Mittags	Abends	Nachts	Anmerkung

---

(Datum /data)

---

(Unterschrift des Arztes/Firma del medico)

## Gesuch um befristete und unbefristete Aufnahme Biographiebogen - FO

Frau / Herr .....

### Informationen für den Verfasser:

Mit der Biographie verfolgen wir das Ziel, unsere Pflege ganzheitlich, persönlich und umfassend zu gestalten. Wir wollen unseren neuen Bewohner und seine Gewohnheiten gut kennen lernen, damit die Pflege soweit als möglich individuell angepasst werden kann.

Lebenserfahrungen prägen Menschen und beeinflussen Entscheidungen und Verhaltensweisen.

Die Kenntnis der Lebensgeschichte erlaubt uns, das Verhalten der uns anvertrauten Menschen zu verstehen und darauf einzugehen, Zusammenhänge zwischen Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft herzustellen, und Gespräche zu fördern. So können wir auf Bedürfnisse, Gewohnheiten, Vorlieben und Hobbys besonders eingehen.

Die Biographie bildet einen Teil der Pflegedokumentation und untersteht dem Berufsgeheimnis.

Wir ersuchen Sie nun, das Biographieblatt durchzusehen und auszufüllen, wobei Sie entscheiden, was Sie an uns weitergeben wollen.

Vorfahren, Eltern,  
Geschwister: .....

.....

Wo aufgewachsen: .....

.....

Schule/Ausbildung: .....

.....

Beruf/Arbeitsleben: .....

.....

Hobbies: .....

.....

Partnerschaft, Ehe, Kinder: .....

.....

.....

.....

Begegnung mit Krankheit und  
Tod: .....

.....

.....

Sozialverhalten, Kontakte zu  
Angehörigen, Freunden,  
Nachbarn, Vereine: .....

.....

Bisheriger Tagesablauf: .....



## Gesuch um befristete und unbefristete Aufnahme Aromapflege – Einverständniserklärung - FO

**Die Aromapflege** ist eine anerkannte komplementäre Pflegemethode und ein Teil der Pflanzenheilkunde. Sie orientiert sich an den individuellen Pflegeproblemen und Bedürfnissen der einzelnen Bewohner und wird professionell, gezielt und überlegt eingesetzt. Dabei kommen naturreine ätherische Öle, Fette Pflanzenöle, Hydrolate, sowie die daraus hergestellten Pflegeprodukte zur Anwendung. Alle Rohstoffe sind 100% naturrein. Von Aromapflege kann man sprechen, wenn ätherische Öle in Kombination mit einem Emulgator lokal auf die gesunde Haut aufgetragen werden oder ihre Inhaltsstoffe über die Umgebungsluft wirken. Die Anwendung und Wirkung ätherischer Öle erfolgt über den Geruchssinn und über die intakte Haut und dient pflegerischen und prophylaktischen Maßnahmen. Die Anwendung erfolgt im eigenverantwortlichen Tätigkeitsbereich der Krankenpflege. Im Sinne des Pflegeprozesses wird eine adäquate Planung und Dokumentation der Maßnahmen durchgeführt. Die Bewohner werden in die Entscheidungsprozesse miteinbezogen.

### Die Aromapflege kann sehr vielseitig eingesetzt werden

Sie orientiert sich an den individuellen Bedürfnissen und Pflegeproblemen der Bewohner. Hauptanwendungsgebiete sind die Prophylaxe sowie verschiedene pflegerische Maßnahmen:  
Hautpflege, Einreibungen, Streichungen, Teil- und Ganzkörperwaschung, Fußbäder, Wickel und Kompressen, Raumbeduftung, Dufttupfer

### Wirkungsweise der Aromapflege

a) in Bezug auf die Pflege unserer Bewohner:

Erhaltung bzw. Verbesserung eines gesunden Hautbildes  
Prävention betreffend Intertrigo, Dekubitus und Pneumonie  
Förderung der physischen und psychischen Gesundheit  
Unterstützung der Körperhygiene und Förderung der eigenen Wahrnehmung  
Verbesserung der Atmung  
Linderung von muskulären Verspannungen sowie Schmerzen im Muskel- und Gelenkbereich  
Stärkung des Immunsystems und Aktivierung der Selbstheilungskräfte  
Unterstützung des Herz- Kreislaufsystems  
Förderung/Erhaltung der Bauch- und Darmgesundheit  
Verbesserung von Ruhen und Schlafen  
Förderung von Entspannung und Wohlbefinden  
Schaffung einer angenehmen Raumatmosphäre  
Verbesserung der Lebensqualität  
Unterstützung bei Ängsten, Nervosität, Unruhe, Depression, Stimmungsschwankungen  
Begleitmaßnahmen in der Palliativpflege  
Unterstützung in der Mobilität und Beweglichkeit

b) in Bezug auf das Arbeitsklima:

Schaffung einer angenehmen Raumatmosphäre  
Neutralisierung unangenehmer Gerüche  
Raumluftreinigung  
Hautpflege, beziehungsweise natürliche Pflege der Hände der Pfleger

Durch die Anwendung der Aromapflege entstehen dem Bewohner keine zusätzlichen Kosten!

**Gesuch um befristete und unbefristete Aufnahme  
Aromapflege – Einverständniserklärung**

Herr / Frau \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

bestätigt,

über die Aromapflege informiert worden zu sein und

- mit der Anwendung ätherischer Öle und/oder von Aromapflegeprodukten in der Pflege einverstanden zu sein
- die Anwendung ätherischer Öle oder von Aromapflegeprodukten abzulehnen

Ist eine Unverträglichkeit auf Aromapflegeprodukte bekannt?

- nein
- ja, auf \_\_\_\_\_

Duftvorlieben: \_\_\_\_\_

Abneigung gegen: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Der/die Erklärende: \_\_\_\_\_

**ASSISTENZA: Valutazione Sociale**  
**BETREUUNG: Soziale Beurteilung**

All' amministrazione dell'APSP  
"Bürgerheim St. Nikolaus von der Flüe"

An die Verwaltung des ÖBPB  
„Bürgerheim St. Nikolaus von der Flüe“

**NOME / NAME** \_\_\_\_\_

(Zukünftige\*r Bewohner\*in)

**I. Possibilitá e sostenibilitá dell'assistenza a casa (massimo 10 punti)**

**I. Möglichkeit und Zumutbarkeit der Betreuung zu Hause (maximal 10 Punkte)**

**a) fabbisogno personale di assistenza**

- non necessità di aiuto
- necessità di aiuto e/o presenza non regolare (- di 3x / settimana)
- necessità di aiuto e/o presenza regolare (+ di 3x / settimana)
- presenza quotidiana

0
1
2
4

**a) sozialer Fürsorgebedarf**

- keine Hilfe notwendig
- braucht Hilfe und/oder nicht regelmäßige Anwesenheit (weniger als 3x / Woche)
- braucht Hilfe und/oder regelmäßige Anwesenheit (mindestens 3x / Woche)
- tägliche Anwesenheit

**b) stato della rete assistenziale e sociale**

- non necessita di aiuto
- presenza di aiuto sufficiente
- aiuto insufficiente
- aiuto gravemente insufficiente
- assenza di aiuto

0
1
2
3
4

**b) Situation des Fürsorge- und Sozialnetzes**

- keine Hilfe notwendig
- anwesende Hilfe genügend
- Hilfe ungenügend
- Hilfe schwer ungenügend
- Abwesenheit von Hilfe

**c) stress di chi si prende cura dell' anziano**

- assente
- Basso/discreto
- non ha nessuno

0
1
2

**c) Stress, der pflegenden Person**

- nicht vorhanden
- Niedrig/mittelmäßig
- Hoch/hat niemanden

**II. Elementi restrittivi dell'attuale situazione abitativa (massimo 10 punti)**

**II. Einschränkende Elemente der derzeitigen Wohnsituation (maximal 10 Punkte)**

- Buona/possibilitá per un'assistente di cura
- Sufficiente
- Carenze strutturali pesanti
- Non sostenibile
- Non presente

0
2
5
10
10

- Gut/Möglichkeit für eine\*n Betreuer\*in ausreichend
- Schwere strukturelle Mängel
- Nicht zumutbar
- Nicht vorhanden

**ASSISTENZA: Valutazione Sociale**  
**BETREUUNG: Soziale Beurteilung**

**III. Difficoltà personali specifiche (massimo 10 punti)**

**a) eventi significativi**

assenti  
di limitata rilevanza  
di media rilevanza  
di grave rilevanza

0
1
2
3

**III. Spezifische persönliche Schwierigkeiten (maximal 10 Punkte)**

**a) bedeutende Ereignisse**

nicht vorhanden  
von begrenzter Relevanz  
von mittlerer Relevanz  
von schwerwiegender Relevanz

**b) problemi familiari**

non sono presenti problemi  
presenza di problemi e/o difficoltà ricorrenti  
  
situazione grave  
situazione insostenibile

0
1
2
3

**b) familiäre Probleme**

keine Probleme  
Probleme u. wiederkehrende Schwierigkeiten  
schwerwiegende Zustände  
unzumutbare Zustände

**c) rapporti familiari e/o sociali**

nessun particolare problema di rapporto  
difficoltà ricorrenti  
alta conflittualità o isolamento  
non ha nessuno o non è seguito da nessuno

0
1
2
3
4

**c) familiäre und soziale Beziehungen**

kein besonderes Beziehungsproblem  
wiederkehrende Schwierigkeiten  
starke Konflikte oder Isolierung  
hat niemanden oder wird nicht betreut

**TOTALE PUNTEGGIO:**

**PUNKTE INSGESAMT:**

**DATA/DATUM:** \_\_\_\_\_

Firma e timbro dell'esaminatore\*trice con indicazione della funzione  
Unterschrift und Stempel des\*r Beurteilenden mit Angabe der Funktion

**ASSISTENZA: valutazione del grado di autosufficienza**  
**BETREUUNG: Beurteilung des Selbständigkeitgrades**

All' amministrazione dell'APSP  
 "Bürgerheim St. Nikolaus von der Flüe"

An die Verwaltung des ÖBPB  
 „Bürgerheim St. Nikolaus von der Flüe“

**NOME / NAME** \_\_\_\_\_

GRADO DI NON AUTOSUFFICIENZA	PFLEGEBEDÜRFTIGKEITSGRAD
<b>1. ALZARSI</b>	
Spontaneamente	1
Con sollecitazione	2
Con l'aiuto di una persona	3
Con l'aiuto di due persone	4
<b>1. AUFSTEHEN</b>	
Alleine	1
Nach Aufforderung	2
Mit Hilfe einer Person	3
Mit Hilfe zweier Personen	4
<b>2. DEAMBULAZIONE</b>	
Senza aiuto	1
Con bastone, tripode ecc.	2
Con l'aiuto di almeno una persona	3
Impossibile	4
<b>2. GEHEN</b>	
Ohne Hilfe	1
Mit Hilfen (Stock, Dreifuss, usw.)	2
Mit Hilfe mindestens einer Person	3
Unfähig	4
<b>3. MOVIMENTI IN CASA</b>	
Ovunque da solo (scale)	1
Solo sul piano	2
Solo verso la toilette	3
Nessun spostamento da solo	4
<b>3. FORTBEWEGUNG IM HAUS</b>	
Überall alleine (Treppen)	1
Nur auf der Etage	2
Nur zur Toilette	3
Keine ohne Begleitung	4
<b>4. ATTIVITÀ FISICA DIURNA</b>	
Attività normale	1
Riposi frequenti	2
In poltrona	3
Allettato	4
<b>4. KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI TAG</b>	
Normale Aktivität	1
Häufige Ruhepausen	2
Sitzen im Lehnstuhl	3
Bettlägerigkeit	4
<b>5. BAGNO E TOILETTE</b>	
Autonomo	1
Dietro sollecitazione/istruzione	2
Necessita di aiuto parziale	3
Necessita di aiuto completo	4
<b>5. BAD- u. TOILETTENBENUTZUNG</b>	
Autonom	1
Nach Aufforderung/Unter Anleitung	2
Mit teilweiser Hilfe	3
Vollständig auf Hilfe angewiesen	4

## ASSISTENZA: valutazione del grado di autosufficienza BETREUUNG: Beurteilung des Selbständigkeitgrades

### 6. ABBIGLIAMENTO

Autonomo  
Dietro sollecitazione/istruzione  
Si veste con un po' di aiuto  
Necessita di aiuto completo

1
2
3
4

### 6. BEKLEIDUNG

Autonom  
Nach Aufforderung/Unter Anleitung  
Mit etwas Hilfe  
Vollständig auf Hilfe aufgewiesen

### 7. ALIMENTAZIONE

Autonomo  
Da sollecitare o accompagnare al tavolo  
  
Aiuto parziale restando presenti  
Necessita di assistenza completa

1
2
3
4

### 7. ERNÄHRUNG

Autonom  
Nach Aufforderung - oder muss zum Tisch begleitet werden  
Teilhilfe, unter dauernder Anwesenheit  
Bedarf dauernder vollständiger Hilfe

### 8. INCONTINENZA URINARIA

Mai  
Meno di una volta alla settimana  
Da 1 volta a settim. ad 1 volta nelle 24 ore oppure portatore di catetere permanente  
Più di una volta al dì

1
2
3
4

### 8. HARNINKONTINENZ

Nie  
Seltener als ein Mal pro Woche  
Von ein Mal pro Woche bis ein Mal am Tag oder Dauerkatheterträger  
Häufiger als ein Mal am Tag

### 9. INCONTINENZA FCALE

Mai  
Meno di una volta alla settimana  
Da 1 volta a settim. a 1 volta in 24 ore  
  
Più di una volta al dì

1
2
3
4

### 9. STUHLINKONTINENZ

Nie  
Seltener als ein Mal pro Woche  
Von ein Mal pro Woche bis ein Mal am Tag  
Häufiger als ein Mal am Tag

### 10. PREVENZIONE DELLE PIAGHE E IMMOBILIZZAZIONE

Non necessaria  
Meno di una volta nelle 24 ore  
Più di una volta nelle 24 ore  
Prevenzione intensiva e cambi posturali frequenti

1
2
3
4

### 10. DECUBITUSPRÄVENTION UND IMMOBILISIERUNG

Nicht notwendig  
Seltener als ein Mal am Tag  
Häufiger als ein Mal am Tag  
Intensive Prävention und häufiges Umlagern

### 11. CONTROLLO DEI PARAMETRI VITALI

Raramente  
Non più di una volta alla settimana  
Da una volta a settim. ad una in 24 ore  
Più volte nelle 24 ore

1
2
3
4

### 11. VITALZEICHENKONTROLLE

Selten  
Nicht mehr als ein Mal pro Woche  
Von ein Mal pro Woche bis ein Mal am Tag  
Mehrere Male am Tag

### 12. SOMMINISTRAZIONE DI TERAPIE

Nessuna  
Senza particolare sorveglianza  
Con sorveglianza sull'assunzione  
Infusioni, sonde, medicazioni ecc.

1
2
3
4

### 12. THERAPIEVERABREICHUNG

Keine  
Ohne besondere Überwachung  
Mit Überwachung der Einnahme  
Infusionen, Sonden, Verbände usw.

## ASSISTENZA: valutazione del grado di autosufficienza BETREUUNG: Beurteilung des Selbständigkeitgrades

### 13. FISIOTERAPIA

Nessuna  
Di mantenimento  
Trattamento episodico  
Trattamento intensivo

1
2
3
4

### 13. BEWEGUNGSTHERAPIE

Keine  
Allgemeine Erhaltungstherapie  
Zeitweilige, Bewegungstherapie  
Intensive Bewegungstherapie

### 14. VISTA

Discreta che permette la lettura  
Indebolita da impedire la lettura  
Difettosa da compromettere la vita quotid.  
Non vede

1
2
3
4

### 14. SEHVERMÖGEN

Sieht, lesen ist möglich  
Reduziert, lesen ist nicht möglich  
Stark reduz. mit Beeinträchtigung des Lebens  
Blind

### 15. UDITO

Normale  
Richiede di parlare a voce alta  
Pessimo (malgrado la protesi)  
Sordo

1
2
3
4

### 15. HÖREN

Normal  
Verlangt lautes Sprechen  
Sehr schlecht (trotz Prothese)  
Taub

### 16. CAPACITÀ DI PAROLA

Normale  
Lenta o incespicante  
Difficile da comprendere  
Assente o incomprensibile

1
2
3
4

### 16. SPRECHEN

Normal  
Langsam und umständlich  
Schwer verständlich  
Fehlend oder unverständlich

### 17. ORIENTAMENTO NEL TEMPO

Normale  
Saltuariamente disorientato  
Orientato solo in rapp. all'orario dei pasti  
Totalmente disorientato

1
2
3
4

### 17. ZEITLICHE ORIENTIERUNG

Normal  
Phasenweise disorientiert  
Nur bezüglich Essenszeiten orientiert  
Dauernd disorientiert

### 18. ORIENTAMENTO NELLO SPAZIO

Normale  
Saltuariamente disorientato  
Disorientato, ma trova la sua stanza  
Disorientato completamente

1
2
3
4

### 18. ÖRTLICHE ORIENTIERUNG

Normal  
Phasenweise disorientiert  
Disorientiert, findet aber sein Zimmer  
Dauernd disorientiert

### 19. MEMORIA

Normale  
Soggetto a qualche amnesia  
Persiste solo la memoria a lungo termine  
Non ricorda alcun fatto

1
2
3
4

### 19. GEDÄCHTNIS

Normal  
Vereinzelte Gedächtnislücken  
Nur das Langzeitgedächtnis ist erhalten  
Erinnert sich an nichts

### 20. RELAZIONI CON L'AMBIENTE ESTERNO

Benefiche e frequenti  
Rare ma benefiche  
Rare ma non benefiche  
Assenti

1
2
3
4

### 20. BEZIEHUNGEN ZUR UMGEBUNG

Intensiv und häufig  
Selten, aber vorteilhaft  
Selten, aber ohne Nutzen  
Fehlend

**ASSISTENZA: valutazione del grado di autosufficienza**  
**BETREUUNG: Beurteilung des Selbständigkeitgrades**

**21. ATTIVITÀ E DISTRAZIONI**

Spontanee e facili  
 Solo se proposte  
 Difficile anche con aiuto  
 Nessuna attività

1
2
3
4

**21. TÄTIGKEITEN UND ZEITVERTRIEB**

Spontan und gerne  
 Nur wenn sie angeboten werden  
 Beschwerlich, auch mit Hilfe  
 Keine Tätigkeit

**22. CONVERSAZIONE**

Normale e spontanea  
 Solo se stimolata  
 Limitata e difficile  
 Relazioni verbali impossibili

1
2
3
4

**22. GESPRÄCH**

Normal und spontan  
 Nur wenn angesprochen  
 Begrenzt und schwerfällig  
 Verbale Kommunikation unmöglich

**23. UMORE**

Normale e costante  
 Momenti di eccitazione o abbattimento  
 Tristezza marcata  
 Apatia completa

1
2
3
4

**23. STIMMUNG**

Normal und konstant  
 Momente der Erregung od.  
 der Niedergeschlagenheit  
 Ausgeprägte Niedergeschlagenheit  
 Vollständige Apathie

**24. COMPORTAMENTO PERTURBATO**

Mai  
 Eccezionalmente o lieve  
 Frequentemente o grave  
 Incontrollabile

1
2
3
4

**24. GESTÖRTES, ERREGTES VERHALTEN**

Nie  
 Ausnahmsweise oder leicht  
 Häufig oder schwer  
 Unkontrollierbar

**25. ONERE/PESO PER LE PERSONE CURANTI**

Nessuno o molto poco  
 Relativamente poco  
 Relativamente grande  
 Molto grande

1
2
3
4

**25. BELASTUNG FÜR DIE BETREUENDEN**

Keine oder sehr geringe Belastung  
 Relativ geringe Belastung  
 Relativ große Belastung  
 Sehr große Belastung

**TOTALE PUNTEGGIO:** \_\_\_\_\_

**PUNKTE INSGESAMT:** \_\_\_\_\_

**DATA/DATUM:** \_\_\_\_\_

---

Firma e timbro dell'esaminatore con indicazione della funzione  
 Unterschrift und Stempel des Beurteilenden mit Angabe der Funktion