

Gesuch um zeitlich befristete und teilstationäre Aufnahme

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

Nachname _____ Vorname _____

Ehename _____

Familienstand ledig verheiratet verwitwet _____

Steuernummer _____

Staatsbürgerschaft _____

geboren am _____ in _____

wohhaft in (Straße) _____ Nr. _____

Ort _____ Postleitzahl _____

Tel. _____, Mobiltel. _____ E-Mail-Adresse _____

Pflegegeld beantragt Nein Ja, am _____ Pflegestufe _____

Neueinstufung beantragt Nein Ja, am _____

Bezieht Begleitungsgeld Nein Ja

Hausarzt:

Nach- und Vorname _____

beantragt die Aufnahme für folgende Dienstleistung:

Art der Aufnahme Kurzzeitpflege Übergangspflege Tagespflegeheim
 Wochenendbetreuung Nachtbetreuung Verlängerung

Für den Zeitraum vom _____ bis _____

Der/Die Unterfertigte erklärt:

- die allgemeinen Bedingungen für die Aufnahme in das Seniorenwohnheim laut Dienstleistungscharta bzw. Infobroschüre, in geltender Fassung, zu kennen und zu akzeptieren,
- den jährlich festgesetzten Tagessatz bzw. den Tarif (Grundtarif) zur Gänze zu bezahlen,
- informiert zu sein, dass er/sie einen Antrag auf Tarifbegünstigung beim zuständigen Sozialsprengel 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 zeitlich befristete und teilstationäre Aufnahme

- informiert zu sein, dass er/sie alle im Sinne des DLH Nr. 30/2000 zahlungspflichtigen Personen über die eventuelle Tarfbeteiligung und über die Möglichkeit, beim zuständigen Sozialsprengel oder bei der zuständigen Gemeinde um Tarfbegünstigung anzusuchen, informieren muss,
- das Informationsblatt „Verarbeitung der personenbezogenen Daten“ laut Verordnung (EU) 2016/679, in der Folge als Datenschutz-Grundverordnung bezeichnet, erhalten zu haben,
- informiert und einverstanden zu sein, dass bei Notwendigkeit und nach vorheriger begründeter Mitteilung an den Heimbewohner und an die Bezugsperson, ein betriebsinterner Zimmer- oder Strukturwechsel vorgenommen werden kann,
- den Aufenthalt auch bei Auftreten von veränderten Umständen oder Bedingungen (z. B. Krankheit) auf jeden Fall zum angegebenen Termin zu beenden,
- zu wissen, dass sowohl der Aufnahmetag als auch der Entlassungstag in Rechnung gestellt wird,
- zu wissen, dass beim Heimeinzug weitere Unterlagen vorzulegen sind.

Für die Reservierung eines Platzes ist eine Kautionszahlung zu entrichten; die Reservierung wird erst nach erfolgter Zahlung gültig. Die Reservierungskautionszahlung wird vom Betrag der ersten Rechnung in Abzug gebracht. Sie wird rückerstattet, wenn spätestens 30 Tage vor dem vereinbarten Aufnahmetag auf den Heimplatz verzichtet wird. Erfolgt der Verzicht nicht fristgerecht, so wird die Kautionszahlung nur dann rückerstattet, wenn triftige und nachweisbare Gründe vorliegen.

IBAN: _____

bis zu einer Woche _____ € über eine Woche _____ €.

Die Kautionszahlung wird auf das Konto folgender Person rückerstattet: _____

IBAN: _____

Die Bezugspersonen sind die Ansprechpartner, an die sich das Personal des Seniorenwohnheimes für Informationen und Mitteilungen wenden kann.

1. Bezugsperson	
<input type="checkbox"/> Vormund	<input type="checkbox"/> Kurator <input type="checkbox"/> Sachwalter <input type="checkbox"/> _____
Nach- und Vorname _____	
geboren am _____, in _____	
Steuernummer _____	Verwandtschaftsgrad _____
wohnhaft in (Straße) _____ Nr. _____	
Ort _____ Postleitzahl _____	
Tel. _____, Mobiltel. _____	
E-Mail-Adresse _____	

Gesuch um zeitlich befristete und teilstationäre Aufnahme

2. Bezugsperson

Vormund Kurator Sachwalter _____

Nach- und Vorname _____

geboren am _____, in _____

Steuernummer _____ Verwandtschaftsgrad _____

wohnhaft in (Straße) _____ Nr. _____

Ort _____ Postleitzahl _____

Tel. _____, Mobiltel. _____

E-Mail-Adresse _____

Rechnungsempfänger ist die aufzunehmende Person _ Bezugsperson _____

Datum _____ Unterschrift _____

Der/die Unterfertigte _____

Vormund Kurator Sachwalter _____

oder (falls zutreffend)

in seiner/ihrer Eigenschaft als

Ehepartner Sohn/Tochter (in Abwesenheit des Ehepartners) Angehöriger (in Abwesenheit des Ehepartners und von Kindern)

erklärt gemäß Art. 4 des DPR Nr. 445/2000, dass die aufzunehmende Person aus Gesundheitsgründen zeitweilig nicht in der Lage ist, das Gesuch mit allen darin enthaltenen Erklärungen zu unterschreiben.

Datum _____ Unterschrift _____

Gesuch um zeitlich befristete und teilstationäre Aufnahme

Zahlungsverpflichtung:

Nach- und Vorname _____

geboren am _____, in _____

Steuernummer _____ Verwandtschaftsgrad _____

wohnhaft in (Straße) _____ Nr. _____

Ort _____ Postleitzahl _____

verpflichtet sich, die Bezahlung der Heimkosten von Frau/Herrn _____
_____ zu übernehmen

und erklärt, dass er die gemäß DLH Nr. 30/2000 zahlungspflichtigen Angehörigen über die Inanspruchnahme des zeitlich befristeten bzw. teilstationären Dienstes informieren wird, damit diese gegebenenfalls gemäß demselben Dekret beim zuständigen Sozialsprengel oder bei der zuständigen Gemeinde um eine Tarifbegünstigung ansuchen können.

Gegenständliches Gesuch gilt auch als Heimvertrag zwischen dem Antragsteller und dem ÖBPB „Bürgerheim St. Nikolaus von der Flüe“. Aus diesem Grunde wird es von beiden Vertragspartner unterschrieben.

Datum _____

Der/Die Unterfertigte

Der Direktor

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

Gesuch um zeitlich befristete und teilstationäre 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 zeitlich befristete und teilstationäre 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	Foto	Geburtsstagsbekanntgabe
<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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 Bürgerheim der Grundsatz der Geschlechtergleichstellung gilt.

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"/> Heilbehelfausweis (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 |

Gesuch um zeitlich befristete und teilstationäre Aufnahme

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| <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 Selbständigkeitsgrades (Anlage 7) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Gesuch um zeitlich befristete und teilstationäre Aufnahme

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/quarter, sowie 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:

Gesuch um zeitlich befristete und teilstationäre Aufnahme

- 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,
- 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: ÖBPB „Bürgerheim St. Nikolaus von der Flüe“, Dr.-K.-Tinzi 19, I-39028 Schlanders (BZ)
Tel: +39 0473 748600
Fax: +39 0473 748125
E-Mail-Adresse: info@altersheim-schlanders.it
PEC: 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: Securexpert GmbH im Namen des gesetzlichen Vertreters Martin Ceolan, Kapellenweg 22, I-39040 Salurn (BZ)
Ansprechperson: Armin Wieser
E-Mail-Adresse: 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 Gesundheitsprengel
 Andere

Art der Unterkunft

- Eigene Wohnung ohne Hauspflagedienst Eigene Wohnung mit Hauspflagedienst
 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



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: normal leicht schwer desorientiert
- örtlich: normal leicht 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 aufgeregt

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.

Familie:

.....

Geschwister:

.....

Schule/Ausbildung:

.....

Beruf:

.....

Wohnung:

.....

prägende Erlebnisse:

.....

.....

1939-1945 Zweiter

Weltkrieg

1945-1960 Nachkriegszeit

1960 Bombenjahre

.....

Leidet unter

.....

Hat Sorge um

.....

Hat Ängste vor



Gesuch um befristete und unbefristete Aufnahme Biographiebogen - FO

Erkrankungen:
und
Umgang mit Krankheiten

Interessen / Hobbys:

bevorzugte Musik

bevorzugte Literatur

Wünsche/Meinungen

Gewohnheiten/Rituale

Tagesablaufgestaltung

Kontaktbedürfnis
wichtige Personen

Religion:

Besuch der Hl. Messe
Wunsch nach Seelsorge
Krankensalbung

Patientenverfügung

Erwartungen an das
Bürgerheim

Datum: _____

Der/die Erklärende: _____

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 Gelenksbereich
- 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!



Bürgerheim
St. Nikolaus von der Fließ
Schlanders
Silandro

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. Possibilità e sostenibilità dell'assistenza a casa (massimo 10 punti)

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

a) fabbisogno personale di assistena

non necessità di aiuto	0
necessità di aiuto e/o presenza non regolare (- di 3x / settimana)	1
necessità di aiuto e/o presenza regolare (+ di 3x / settimana)	2
presenza quotidiana	4

a) sozialer Fürsorgebedarf

keine Hilfe notwendig	0
braucht Hilfe und/oder nicht regelmäßige Anwesenheit (weniger als 3x /Woche)	1
braucht Hilfe und /oder regelmäßige Anwesenheit (mindestens 3x / Woche)	2
tägliche Anwesenheit	4

b) stato della rete assistenziale e sociale

non necessita di aiuto	0
presenza di aiuto sufficiente	1
aiuto insufficiente	2
aiuto gravemente insufficiente	3
assenza di aiuto	4

b) Situation des Fürsorge- und Sozialnetzes

keine Hilfe notwendig	0
anwesende Hilfe genügend	1
Hilfe ungenügend	2
Hilfe schwer ungenügend	3
Abwesenheit von Hilfe	4

c) stress di chi si prende cura dell' anziano

assente	0
Basso/discreto	1
non ha nessuno	2

c) Stress, der pflegenden Person

nicht vorhanden	0
Niedrig/mittelmäßig	1
Hoch/hat niemanden	2

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

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

Buona/possibilità per un'assistente di cura	0
Sufficiente	2
Carenze strutturali pesanti	5
Non sostenibile	10
Non presente	10

Gut/Möglichkeit für eine*n Betreuer*in	0
ausreichend	2
Schwere strukturelle Mängel	5
Nicht zumutbar	10
Nicht vorhanden	10



ASSISTENZA: Valutazione Sociale
BETREUUNG: Soziale Beurteilung

III. Difficoltà personali specifiche (massimo 10 punti)

III. Spezifische persönliche Schwierigkeiten (maximal 10 Punkte)

a) eventi significativi

assenti	0
di limitata rilevanza	1
di media rilevanza	2
di grave rilevanza	3

a) bedeutende Ereignisse

nicht vorhanden
von begrenzter Relevanz
von mittlerer Relevanz
von schwerwiegender Relevanz

b) problemi familiari

non sono presenti problemi	0
presenza di problemi e/o difficoltà ricorrenti	1
situazione grave	2
situazione insostenibile	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	0
difficoltà ricorrenti	2
alta conflittualità o isolamento	3
non ha nessuno o non è seguito da nessuno	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 Selbständigkeitsgrades

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

1. ALZARSI

Spontaneamente
Con sollecitazione
Con l'aiuto di una persona
Con l'aiuto di due persone

1
2
3
4

1. AUFSTEHEN

Alleine
Nach Aufforderung
Mit Hilfe einer Person
Mit Hilfe zweier Personen

2. DEAMBULAZIONE

Senza aiuto
Con bastone, tripode ecc.
Con l'aiuto di almeno una persona
Impossibile

1
2
3
4

2. GEHEN

Ohne Hilfe
Mit Hilfen (Stock, Dreifuss, usw.)
Mit Hilfe mindestens einer Person
Unfähig

3. MOVIMENTI IN CASA

Ovunque da solo (scale)
Solo sul piano
Solo verso la toilette
Nessun spostamento da solo

1
2
3
4

3. FORTBEWEGUNG IM HAUS

Überall alleine (Treppen)
Nur auf der Etage
Nur zur Toilette
Keine ohne Begleitung

4. ATTIVITÀ FISICA DIURNA

Attività normale
Riposi frequenti
In poltrona
Allettato

1
2
3
4

4. KÖRPERLICHE AKTIVITÄT BEI TAG

Normale Aktivität
Häufige Ruhepausen
Sitzen im Lehnstuhl
Bettlägerigkeit

5. BAGNO E TOILETTE

Autonomo
Dietro sollecitazione/istruzione
Necessita di aiuto parziale
Necessita di aiuto completo

1
2
3
4

5. BAD- u. TOILETTENBENUTZUNG

Autonom
Nach Aufforderung/Unter Anleitung
Mit teilweiser Hilfe
Vollständig auf Hilfe angewiesen



ASSISTENZA: valutazione del grado di autosufficienza BETREUUNG: Beurteilung des Selbstständigkeitsgrades

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 angewiesen

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 FECALE

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 Selbständigkeitsgrades

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 desorientiert
Nur bezüglich Essenszeiten orientiert
Dauernd desorientiert

18. ORIENTAMENTO NELLO SPAZIO

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

1

2

3

4

18. ÖRTLICHE ORIENTIERUNG

Normal
Phasenweise desorientiert
Desorientiert, findet aber sein Zimmer
Dauernd desorientiert

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 Selbstständigkeitsgrades

21. ATTIVITÀ E DISTRAZIONI

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

1
2
3
4

21. TÄTIGKEITEN UND ZEITVERTREIB

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
Eccezzionalmente 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