

Seniorenheim der Gemeinde Wals-Siezenheim  
Jakob-Lechner-Weg 16  
5071 Wals- Siezenheim  
Telefon: 0662-85 32 90 Fax: DW 38  
E-Mail: [seniorenheim@wals-siezenheim.at](mailto:seniorenheim@wals-siezenheim.at)  
<http://www.seniorenheim-wals-siezenheim.at>

Anmeldung Seniorenheim Wals-Siezenheim

**Sehr geehrte Damen und Herren, geschätzte Angehörige!**  
**Um bestens auf Sie vorbereitet zu sein, ersuchen wir nachfolgend geforderte Angaben vollständig und genau auszufüllen.**

Antragsteller:

Familienname/Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Familienstand:  verheiratet  geschieden  verwitwet  ledig  Lebensgemeinschaft

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Arztbrief vorhanden:  JA  NEIN

Rezeptgebührenbefreit:  JA  NEIN wenn ja, seit wann: \_\_\_\_\_

**Erwachsenenschutzrecht:**

Besteht eine Vertretung:  JA  NEIN

- Vorsorgevollmacht  gewählte Erwachsenenvertretung  
 gesetzliche Erwachsenenvertretung  gerichtliche Erwachsenenvertretung

Name des Vertretungsbefugten: \_\_\_\_\_

**Gibt es eine Patientenverfügung**

JA  NEIN

**Religionsbekenntnis:**

Römisch-Katholisch  Evangelisch  ohne Bekenntnis  Andere \_\_\_\_\_

**Krankenversichert bei:**

- (ÖGK-S) Österreichische Gesundheitskasse Salzburg oder anders Bundesland
- (BVAEB) Versicherungsanstalt öffentlich Bediensteter, Eisenbahnen und Bergbau
- (SVS) Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen oder Bauern
- Andere \_\_\_\_\_

**Bezug einer Eigen- und/oder Witwenpension:**

- JA       NEIN

**Auszahlende Stellen:**

- (PVA) Pensionsversicherungsanstalt
- (BVAEB) Pensionservice
- (SVS) Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen oder Bauern
- Andere \_\_\_\_\_

Beziehen sie eine Zusatzpension:  JA     NEIN

Auszahlende Stelle: \_\_\_\_\_

**Pflegegeld:**

- JA       NEIN

Datum Pflegegeldbescheid: \_\_\_\_\_      Pflegestufe: \_\_\_\_\_

Auszahlende Stelle: \_\_\_\_\_

- (PVA) Pensionsversicherungsanstalt
- (BVAEB) Pensionservice
- (SVS) Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen oder Bauern
- Andere \_\_\_\_\_

**Vertrauenspersonen:**

Da wir der Verschwiegenheit verpflichtet sind, geben Sie zumindest eine Vertrauensperson bekannt der wir Auskunft erteilen dürfen. Bitte geben Sie der Vertrauensperson eine mündliche oder schriftliche Vollmacht.

**1. Vertrauensperson**

- Ehegattin/Ehegatte       LebenspartnerIn
- Tochter    Sohn    Enkel/Enkelin    Nefte/Nichte    Bruder/Schwester    Schwager/Schwägerin
- sonstige \_\_\_\_\_    mündliche Vollmacht    schriftliche Vollmacht

Familienname/Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Dieser Person darf Auskunft erteilt werden über:

- Medizinische Fragen    Finanzielle Angelegenheiten    Alles

**2. Vertrauensperson**

- Ehegattin/Ehegatte       LebenspartnerIn
- Tochter    Sohn    Enkel/Enkelin    Nefte/Nichte    Bruder/Schwester    Schwager/Schwägerin
- sonstige \_\_\_\_\_    mündliche Vollmacht    schriftliche Vollmacht

Familienname/Titel: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon: \_\_\_\_\_

Dieser Person darf Auskunft erteilt werden über:

- Medizinische Fragen    Finanzielle Angelegenheiten    Alles

### Öffentlichkeitsarbeit:

Ich bin damit einverstanden, dass Bilder von Veranstaltungen, auf denen ich zu erkennen bin, für hauseigene Zwecke veröffentlicht werden dürfen.

JA       NEIN

Mit meiner Unterschrift nehme ich zur Kenntnis, dass ich als Antragsteller aufgrund dieses Anmeldeformulars noch keinen Anspruch auf einen Seniorenheimplatz habe. Eine Zuteilung kann erst erfolgen, wenn Sie auf der Dringlichkeitsliste gemeldet sind. Die Zuteilung erfolgt nach verschiedenen Kriterien mit Einbezug des Hausarztes.  
Bitte geben Sie bekannt, wenn „Dringlichkeit“ besteht!

Wals, am \_\_\_\_\_

Dringlichkeit  JA       NEIN

### Ausdrückliche Einwilligung:

Ich stimme zu, dass die von mir angegebenen Daten im Formular „Anmeldung Seniorenheim Wals-Siezenheim im vollen Umfang vom Seniorenheim Wals-Siezenheim verarbeitet werden dürfen.

**Sie haben jederzeit das Recht auf Auskunft über die Daten, Berichtigung und Löschung der Daten sowie das Recht Ihre gegebene Einwilligung jederzeit per E-Mail: [seniorenheim@wals-siezenheim.at](mailto:seniorenheim@wals-siezenheim.at) oder persönlich: Seniorenheim Wals-Siezenheim, Jakob Lechner Weg 16, 5071 Wals bei der Heimleitung zu widerrufen.**

Hausleitung:

Herr Reinhard Ebner

Tel.: 0662 853290

Mail: [seniorenheim@wals-siezenheim.at](mailto:seniorenheim@wals-siezenheim.at)

\_\_\_\_\_ für die Richtigkeit der Angaben  
und **ausdrückliche Einwilligung**

\_\_\_\_\_ für den Bürgermeister:  
die Heimleitung

### **Vom Seniorenheim auszufüllen:**

Information über Formalitäten für den Heimeinzug mitgegeben:  JA       NEIN

Information Antrag für Sozialhilfeantrag mitgegeben:  JA       NEIN

Die Aufnahme der Dringlichkeit bekanntgegeben am: \_\_\_\_\_