

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
<http://www.seniorenheim-wals-siezenheim.at>

Anmeldung Kurzzeitpflege

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 _____

Pflegegeld:

- JA NEIN

Datum Pflegegeldbescheid: _____ Pflegestufe: _____

Auszahlende Stelle: _____

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

Die Antragstellerin/der Antragsteller nimmt durch seine Unterschrift zur Kenntnis, dass:

- die Aufenthaltsdauer bei Kurzzeitpflege mindestens 7 Tage beträgt.
- bei gewünscht **kürzeren** Aufhalten die vollen 7 Tage zur Vorschreibung kommen.
- die Kosten pauschal am Tag Euro 132,69.- (Jahr 2025) betragen und für das Jahr 2026 mit der Tarifobergrenzen-Verordnung Land Salzburg angepasst wird.
- die Kurzzeitpflege **befristet ist**, eine **Verlängerung nicht gewährt werden kann**.
- eine Bettfreihaltegebühr in Rechnung gestellt werden muss, wenn innerhalb des Kurzzeitpflegeaufenthalts eine Krankenhauseinweisung bzw. ein längerer Krankenhausaufenthalt notwendig wird.

Über diesen gewünschter Zeitraum würde ich die Kurzzeitpflege benötigen:

Von:

bis:

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:_____ E-Mail:_____

Erreichbarkeit bei Tag und/oder Nacht:

Telefonnummer (Tag/Nacht)_____

Mobiltelefon (Tag/Nacht) _____

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:_____ E-Mail:_____

Erreichbarkeit bei Tag und/oder Nacht:

Telefonnummer (Tag/Nacht)_____

Mobiltelefon (Tag/Nacht) _____

Dieser Person darf Auskunft erteilt werden über:

- Medizinische Fragen Finanzielle Angelegenheiten Alles

