PFLEGE WATTENS
Haus am Kirchfeld

Martinsangerweg 1
Tel. 05224/20911-301
Fax 05224/20911-311

PFLEGE WATTENS
Haus Salurn

Salurner Straße 5
Tel. 05224/590-61
Fax 05224/590-37

Mail: pflege@wattens.com

Kurzzeitpflegevereinbarung

Was ist Kurzzeit-/Übergangspflege?

Kurzzeitpflege soll pflegende Angehörige entlasten bzw. bei Verhinderungen der Hauptpflegeperson eine pflegerische Versorgung sicherstellen. Ein Aufenthalt muss mindestens eine Woche dauern, damit ein Zuschuss vom Sozialministeriumsservice gewährt werden kann.
Übergangspflege dient zur Nachsorge nach Krankenhausaufenthalt, wenn zu Hause keine entsprechende Versorgung möglich ist. Ein Übergangspflegeaufenthalt muss mindestens 4 Tage am Stück dauern, damit eine Förderung durch das Land Tirol genehmigt werden kann. Förderungen für beide Maßnahmen können für maximal 28 Tage pro Kalenderjahr angesucht werden.

EDV Nr.: _____

betreffend Aufnahme zur Kurzzeitpflege im Pflegeheim ❍ Haus am Kirchfeld ❍ Haus Salurn

Vereinbarung zwischen Herrn / Frau _____

vertreten durch _____

und der Gemeinde Wattens, vertreten durch die Hausverwaltung zur Aufnahme für die Versorgung

in der Zeit von _____

bis (max. jedoch 28 Tage) _____

im Pflegeheim.

- Der Aufnahme- und Entlassungstag gelten als ganze Verpflegstage. Wir erklären, dass nach Ablauf dieser Zeit der Bewohner wieder in häusliche Betreuung übernommen wird.

- Die anfallenden Kosten der Kurzzeitpflege sind selbst zu tragen und im Vorhinein zu entrichten.

- Für im Zimmer verwahrte Wertsachen (Schmuck, Bargeld, Sparbücher usw.) wird keine Haftung übernommen.

- Ich stimme hiermit der Verwendung meiner personenbezogenen Daten, für die **Verwaltung von Senioren- und Pflegeheimbewohnerdaten, Pflegedokumentation, Datenverarbeitung „Heimbewohnerverwaltung“, Bewohneraushang, Fallbesprechung mit Ärzten, Heimbestätigungen, Geburtstagsjubliäen im Pflegeheim**, entsprechenden der mündlichen Vereinbarungen zu.

- Offene Fragen wurden mir verständlich beantwortet.

Wattens, am _____

Unterschrift Bewohner(in):

Für die Marktgemeinde Wattens
Heimleitung:

_____

_____

Unterschrift nahe(r) Angehörige(r):

_____

Angaben zur Person:

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Aktuelle Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

Nationalität: _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

Versicherungsnr.: _____

Versicherungsanstalt: _____

Hausarzt: _____

Patientenverfügung: ❍ Ja ❍ Nein _____

Erwachsenenvertretung: ❍ Ja ❍ Nein wenn ja, welche: _____

Wird Pflegegeld bezogen? ❍ Ja ❍ Nein

Wenn Ja, Stufe: _____

Seit: _____

Bezogen von: _____

Pensionsauszahlende Stelle(n): _____

Rezeptgebührbefreiung? ❍ Ja ❍ Nein

Wenn Ja, von: _____

Bis: _____

1. Kontaktperson:

Herr / Frau: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

Mail: _____

Beziehung: _____

2. Kontaktperson:

Herr / Frau: _____

Adresse: _____

Tel.-Nr.: _____

Mail: _____

Beziehung: _____