



Gemeinde Dorfgastein

5632 Dorfgastein
Dorfstraße 35

Telefon (06433) 7214-10
FAX (06433) 7214-17
www.dorfgastein.at
gemeinde@dorfgastein.at

Sehr geehrte Damen und Herren!

Für eine Aufnahme im Seniorenheim Bad Hofgastein sind folgende Aufnahmeunterlagen vollständig auszufüllen und unterschrieben bei uns abzugeben:

Aufnahmeantrag Punkt 1 für Dauer- und/oder Kurzaufnahme Stammdaten für jede Anmeldung oder Voranmeldung:

Vorname: _____

Nachname: _____ Titel: _____

Adresse: _____

Hauptwohnsitz in Dorfgastein seit: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Telefonnummer: _____

Staatsbürgerschaft: _____ Religion: _____

Familienstand: _____ verheiratet seit: _____
(ledig/verheiratet/geschieden)

verwitwet seit: _____

geschieden seit: _____

Versicherungs-Nr.: _____ Krankenkasse: _____

Besteht eine private Krankenversicherung / Zusatzversicherung / „Klasse“ Versicherung:

JA Nein Welche: _____ Polizzen Nr. _____

Derzeit gültige Pflegestufe (0-7): _____ gültig seit: _____

Neuantrag oder Erhöhungsantrag wurde gestellt: JA Nein

Datum der Antragstellung: _____

Name des Hausarztes: _____

Rezeptgebührenbefreiung: : JA Nein Wie lange: _____



Gemeinde Dorfgastein

5632 Dorfgastein
Dorfstraße 35

Telefon (06433) 7214-10

FAX (06433) 7214-17

www.dorfgastein.at

gemeinde@dorfgastein.at

Bitte geben sie ihre Vertrauenspersonen an.

Vertrauensperson 1:

Vorname: _____ Nachname: _____

Titel: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Die Vertrauensperson möchte bei gravierender Verschlechterung des Gesundheitszustandes, wie Krankheit oder Krankenhauseinweisung, von uns telefonisch informiert werden.

JA (Wir sind von der Verschwiegenheitspflicht entbunden)

Nein

In der Zeit von 07:00 – 19:00 JA Nein

Rund um die Uhr / auch nachts: JA Nein

**Sollten wir die Vertrauensperson Nr. 1 telefonisch nicht erreichen,
informieren wir Vertrauensperson Nr. 2:**

Vertrauensperson 2:

Vorname: _____ Nachname: _____

Titel: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Die Vertrauensperson möchte bei gravierender Verschlechterung des Gesundheitszustandes, wie Krankheit oder Krankenhauseinweisung, von uns telefonisch informiert werden.

JA (Wir sind von der Verschwiegenheitspflicht entbunden)

Nein

In der Zeit von 07:00 – 19:00 JA Nein

Rund um die Uhr / auch nachts: JA Nein



Gemeinde Dorfgastein

5632 Dorfgastein
Dorfstraße 35

Telefon (06433) 7214-10

FAX (06433) 7214-17

www.dorfgastein.at

gemeinde@dorfgastein.at

Weitere Angehörige und sonstige Bezugspersonen:

Verhältnis: _____

(Ehemann, Ehefrau, Sohn, Tochter, Nichte, Neffe, Enkel, Schwiegersohn, Schwiegertochter, oder sonstige Bekannte / Freunde)

Vorname: _____ Nachname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

Verhältnis: _____

(Ehemann, Ehefrau, Sohn, Tochter, Nichte, Neffe, Enkel, Schwiegersohn, Schwiegertochter, oder sonstige Bekannte / Freunde)

Vorname: _____ Nachname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

Verhältnis: _____

(Ehemann, Ehefrau, Sohn, Tochter, Nichte, Neffe, Enkel, Schwiegersohn, Schwiegertochter, oder sonstige Bekannte / Freunde)

Vorname: _____ Nachname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

Verhältnis: _____

(Ehemann, Ehefrau, Sohn, Tochter, Nichte, Neffe, Enkel, Schwiegersohn, Schwiegertochter, oder sonstige Bekannte / Freunde)

Vorname: _____ Nachname: _____

Adresse: _____

Telefonnummer: _____ Handy: _____

Information:

Auskünfte erhalten aufgrund der gesetzlichen Verschwiegenheitspflicht lediglich die Vertrauenspersonen Nr. 1 und Nr. 2



Gemeinde Dorfgastein

5632 Dorfgastein
Dorfstraße 35

Telefon (06433) 7214-10
FAX (06433) 7214-17
www.dorfgastein.at
gemeinde@dorfgastein.at

Gewünschte Aufnahmeart:

Daueraufnahme: JA Nein

„Wunschtermin“ der Daueraufnahme (Monat, Jahr): _____

Allgemeine Information zur Reihung der Bewerber.

Lt. Gesetz dürfen nur Bewerber aufgenommen werden, welche mind. die Pflegestufe 3 haben. Weiteres ist ein Hauptwohnsitz von mind. 5 Jahren in der Gemeinde Bad Hofgastein oder Dorfgastein erforderlich.

Bei Bewerber aus Dorfgastein ist zusätzlich die Zustimmung des Sozialausschusses der Gemeinde Dorfgastein erforderlich.

Bewerber mit nicht Hauptwohnsitz in Bad Hofgastein oder Dorfgastein werden nur aufgenommen, wenn kein Bewerber aus diesen Gemeinden einen Aufnahmeantrag gestellt hat. Wobei die Möglichkeit einer zeitlich begrenzten Übergangspflege jederzeit besteht.

Alle Antragsteller welche dieses Formular vollständig ausgefüllt und unterschrieben abgegeben haben, werden auf der Warteliste wie folgt gereiht:

Bewerber mit der aktuell höchsten Pflegestufe zum Zeitpunkt eines freien Zimmers werden aufgenommen.

Je nach Höhe der Pflegestufe und Anzahl der Bewerber kann sich die Reihung verschieben. Vor allem bei niedrigen Pflegestufen wie 3 oder 4 kann auch eine Rückreihung erfolgen. Bei gleicher Höhe der Pflegestufe entscheidet das Anmeldedatum.

Sollte noch keine Pflegestufe vorhanden sein, oder nur eine sehr niedrige bestehen, kann ein Erhöhungsantrag der Pflegestufe gestellt werden.

Da dieser oft mehrere Monate dauert, kann bei besonderer Dringlichkeit und dementsprechend hoher Pflegebedürftigkeit eine Vorreihung erfolgen.

In diesem Fall bitten wir sie um telefonische Kontaktaufnahme und Terminvereinbarung zur weiteren Besprechung und Abklärung.

Gerne sind wir nach telefonischer Terminvereinbarung auch bei Neuanträgen oder Erhöhungsanträgen der Pflegestufe, sowie allen sonstigen Fragen behilflich.

Sie erreichen uns unter 06432 / 6491 DW 391.



Gemeinde Dorfgastein

5632 Dorfgastein
Dorfstraße 35

Telefon (06433) 7214-10

FAX (06433) 7214-17

www.dorfgastein.at

gemeinde@dorfgastein.at

Gewünschte Aufnahmeart:

Kurzzeitpflege: JA Nein

Hier gibt es zwei Tarife:

Tarif 1: 95,50 € pro Tag (in der Regel Pflegestufe 0, 1, 2, oder 3)

Tarif 2: 127,50 € pro Tag (in der Regel Pflegestufe 4, 5, 6 oder 7)

Die Mindestdauer für Kurzzeitpflege beträgt 6 Tage.

Ausnahmen sind nach Rücksprach der Heimleitung möglich.

Welcher Tarif verrechnet wird ist nicht von der aktuell gültigen Pflegestufe, sondern vom tatsächlichen Pflegeaufwand abhängig.

Für 14 Tage pro Jahr wird für alle Bürger mit Hauptwohnsitz im Land Salzburg ein Zuschuss in Höhe von 50 € täglich gewährt (**nach Abzug Tarif 1: 45,50 €, Tarif 2: 77,50 € tgl.**).

Dabei spielt es keine Rolle, ob 14 Tage durchgehend oder vereinzelt in Anspruch genommen werden. Wir bereiten Ihnen gerne den Antrag vor, damit Sie diesen nach der Kurzzeitpflege beim Land Salzburg einreichen können.

Vorraussetzung für den Zuschuss ist, das der Hauptwohnsitz lt. Melderegister für weitere 4 Wochen nach Ende der Kurzzeitpflege die gewöhnliche Wohnadresse ist. (Kein Zuschuss bei einer Daueraufnahme in einem Pflegeheim wenn dieser als Hauptwohnsitz registriert wurde).

Sie können sich jederzeit über freie Termine des Kurzzeitpflegezimmers telefonisch erkundigen.

Im Unterschied zu einer Daueraufnahme ist bei der Kurzzeitpflege ist die Herkunft (Hauptwohnsitz, Bundesland, Urlaubsgäste) und die Pflegestufe nicht von Bedeutung.

Den Zuschuss erhalten jedoch nur Bürger mit Hauptwohnsitz im Bundesland Salzburg.

Für weitere Rückfragen zur Antragstellung bitten wir um telefonische Terminvereinbarung mit Heimleitung DGKP Sturm Gernot unter 06432 / 6491 391.

Datum: _____

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Vertrauensperson

Antrag vollständig ausgefüllt abgegeben am: _____

Heimleitung DGKP Sturm Gernot