

Bereich Dok.Type Dokumententitel

LPK	FO	Aufnahmeantrag
------------	-----------	-----------------------

Antrag für Vor-/Nachname:	
Geburtsdatum:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Anschrift, Telefon:	
Pension wird bezogen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegegeld wird bezogen:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <i>Hinweis: Muss vor Aufnahme beantragt sein!</i>
Derzeitige Pflegestufe:	Erhöhung wurde beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anmeldung durch – Name, Telefon:	
Erwachsenenvertretung besteht:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am
Erwachsenenvertreter – Name, @, ☎	
<i>Bitte um Abklärung <u>vor</u> Aufnahme beim Vertretungsnetz Innsbruck (Tel. 0512 561602) Das Vorliegen einer Erwachsenenvertretung ist Bedingung für eine Aufnahme!</i>	
Kontaktperson – Name:	
Verwandtschaftsgrad:	
Anschrift, Telefon ☎:	
E-Mailadresse @:	
Ärztliche Diagnose:	
Derzeitige Medikation:	
Spezielle Symptome:	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit <input type="checkbox"/> Aggression <input type="checkbox"/> Suizidalität
Mobilität:	<input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> teilmobil <input type="checkbox"/> immobil
Wandertrieb:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PEG-Sonde:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dekubitus:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tracheostoma:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Beatmung:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Nosokomiale Keime:	ja: <input type="checkbox"/> Tracheo/Sputum <input type="checkbox"/> Harn <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> nein

Wir bitten um möglichst genaue Angaben, um eine reibungslose Übernahme zu ermöglichen. Andernfalls behalten wir uns vor, von einer Übernahme Abstand zu nehmen. Vollständig ausgefüllte Aufnahmeanträge können die Aufnahme an der Landes-Pflegeklinik beschleunigen. Sollte der Bedarf zur Aufnahme in der Landes-Pflegeklinik nicht mehr gegeben sein, so ersuchen wir um entsprechende Benachrichtigung.

Datum
Dokument: Aufnahmeantrag
Erstellt von: Sekretariat
Freigegeben am: 05.08.2020

Unterschrift AnmelderIn
Version: 2.2
Freigegeben: Kaufmännische Direktion
Seite: 1 von 1