



ANTRAG AUF HEIMAUFNAHME - VORBLATT

		Telefon	Fax	e-mail
<input type="checkbox"/>	Bezirksseniorenwohnheim Bad Hall 4540 Bad Hall, Adlwanger Str. 8a	07258/5211-0	-48	bswh.badhall@shvse.at
<input type="checkbox"/>	Bezirksalten- und Pflegeheim Garsten 4451 Garsten, Marian-Rittinger-Str. 11	07252/45406-0	-48	baph.garsten@shvse.at
<input type="checkbox"/>	Bezirksalten- und Pflegeheim Ternberg 4452 Ternberg, Schulstraße 4	07256 / 81101-0	-48	baph.ternberg@shvse.at
<input type="checkbox"/>	Bezirksalten- und Pflegeheim Sierning 4522 Sierning, Mitterweg 36	07259/6012-0	-48	baph.sierning@shvse.at
<input type="checkbox"/>	Bezirksalten- und Pflegeheim Weyer 3335 Weyer, Am Kreuzberg 1	07355/8601-0	-48	bah.weyer@shvse.at
<input type="checkbox"/>	Bezirksalten- und Pflegeheim Wolfern 4493 Wolfern, Schulstraße 14	07253/8251-0	-48	baph.wolfern@shvse.at
<input type="checkbox"/>	St. Josef / Wohnen mit Pflege 4522 Sierning, Wallernstraße 2	07259/2333-0	20059	altenheim@stjosef.kreuzschwestern.at
<input type="checkbox"/>	Seniorenwohnheim Schloss Hall 4540 Bad Hall, Linzer Straße 1	07258/2574-0	-7815	schloss.hall@caritas-linz.at

Ergänzende Informationen zum/zur Bewohnerin für das Alten- und Pflegeheim

Vor- und Zuname					
Krankenversicherung					
Zusatzversicherung					nein <input type="checkbox"/>
Pflegegeld	Stufe			Bezug seit	
Pflegegeldhöhung beantragt	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	am		
Rezeptgebührenbefreiung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
Hausarzt				Patientenverfügung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Beilagen:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> aktuelle Pensionsbescheid/e | <input type="checkbox"/> Beschluss über Bestellung des Sachwalters |
| <input type="checkbox"/> aktueller Pflegegeldbescheid | <input type="checkbox"/> Vollmacht |
| <input type="checkbox"/> Bestätigung über Rezeptgebührenbefreiung | <input type="checkbox"/> Bankeinzugsermächtigung |
| <input type="checkbox"/> ärztlicher Bericht | <input type="checkbox"/> Pflegebedarfserhebungsbogen |
| <input type="checkbox"/> Nachweis der Zusatzversicherung | <input type="checkbox"/> Antrag an die Bezirksverwaltungsbehörde |