



## ANMELDEFORMULAR

### Anmeldung für das Pflegekompetenzzentrum (PKZ) \*

- Draßburg    Großpetersdorf    Kaindorf    Lackenbach    Neufeld    Olbendorf  
 Schandorf    Siegendorf    Strem    Weppersdorf    Zurndorf

### Allgemeine Daten der anzumeldenden Person

Name, Titel: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Bezirksverwaltungsbehörde: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Rezeptgebührenbefreiung: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Staatsbürgerschaft: \_\_\_\_\_

Religionsbekenntnis: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

Hauptwohnsitz (mind. 6 Monate):       Burgenland       Steiermark       \_\_\_\_\_

### Einkommen

Pensionsauszahlende Stelle: \_\_\_\_\_

Sozialhilfe, Antrag gestellt am: \_\_\_\_\_ bei: \_\_\_\_\_

Aktuelle Pflegestufe:       keine       1       2       3       4       5       6       7

Um Erhöhung wurde angesucht: \_\_\_\_\_ (Datum)

### Vertragsmodell

Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Langzeitpflege       Einzelzimmer       Doppelzimmer

Tagesbetreuung

Betreutes Wohnen Plus (Anmeldung über Gemeinde)

Hauskrankenpflege

\* Hauptwohnsitz im jeweiligen Bundesland erforderlich



### Informationsweitergabe

Kennwort für persönliche Auskünfte: \_\_\_\_\_

Interne Weitergabe der Anmeldedaten:  Ja  Nein

Evidenzhaltung der Daten auf der Wartelistenübersicht:  Ja  Nein

### 1. Kontaktperson

Name, Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Beziehungsverhältnis: \_\_\_\_\_ (zB Sohn, Tochter, Gatte, ...)

Erwachsenenvertretung:  Ja  Nein

Rechnungsempfänger:  Ja  Nein

Vertrauensperson:  Ja  Nein

### 2. Kontaktperson

Name, Titel: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_ E-Mail-Adresse: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Beziehungsverhältnis: \_\_\_\_\_ (zB Sohn, Tochter, Gatte, ...)

Erwachsenenvertretung:  Ja  Nein

Rechnungsempfänger:  Ja  Nein

Vertrauensperson:  Ja  Nein

### Sonstiges

Pflegeartikel:  über PKZ (rund € 15,00/ Monat)  werden gebracht

Waschen der Kleidung:  im PKZ (für Kennzeichnung einmalig € 64,25)  privat

Zahlung:  Bankeinzug  Rechnung

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Name der unterzeichnenden Person (in Blockbuchstaben): \_\_\_\_\_