

## ANSUCHEN UM AUFNAHME

(.....)  
(mindestens 1 x jährlich)

Die/der Unterfertigte

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

Familienstand: \_\_\_\_\_ ehem. Beruf: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Muttersprache: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ eventuelle Tel. Nr.: \_\_\_\_\_

Krankenkassebüchlein Nr.: \_\_\_\_\_ Ticket Nr.: \_\_\_\_\_

Steuernummer: \_\_\_\_\_

### *ersucht*

um Aufnahme ins Altenheim:

\_\_\_\_\_ ab \_\_\_\_\_ und

um Aufnahme in Kurzzeitpflege ins Altenheim

\_\_\_\_\_ vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ und

### *erklärt*

*für die Bezahlung des Tagessatzes entsprechend ihrer/seiner wirtschaftlichen Situation gemäß DLH vom 11. August 2000, Nr. 30 aufzukommen bzw. für dessen Bezahlung zu sorgen.*

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
*Unterschrift der/des Antragstellerin/s*

## Angaben über Familienangehörige

Zu- und Vorname (Ehepartner, Kinder, Eltern )	Anschrift	Telefon	Verwandtschafts- grad

Hauptansprechpartner für das Altenheim:

Zu- und Vorname	Anschrift	Telefon	Verwandtschafts- grad

Unterschrift des Hauptansprechpartners: \_\_\_\_\_

Bei Abwesenheit des o.a. Ansprechpartners folgende Person verständigen;

Zu- und Vorname	Anschrift	Telefon	Verwandtschafts- grad

Sprache für Schriftverkehr:     deutsch             italienisch

**Beantragt wird die Aufnahme auf Initiative:**

- des betroffenen Senioren
- von Familienangehörigen
- von anderen Personen oder Dienststellen

**Aufnahmegrund:**

- Probleme im sozialen Bereich / LISYS
- Wohnprobleme
- gesundheitliche Probleme
- anderer Grund (bitte angeben)

**Herkunft:**

- aus einem anderen Alten-/Pflegeheim
- aus dem Krankenhaus
- aus einer Familie mit ambulantem Betreuungsdienst
- aus einer Familie ohne ambulantem Betreuungsdienst
- von einem anderen Dienst/einer anderen Struktur
- anderes (bitte angeben)

***Dem Gesuch sind beizulegen:***

(Im Sinne des DPR vom 28.12.2000 Nr. 445 können Dokumente auch als Eigenerklärung abgegeben werden.)

- ✓ Arztzeugnis
- ✓ Kostenzusicherung (Kostensicherung des Antragstellers und der Gemeinde)
- ✓ Kopie der gültigen Identitätskarte
- ✓ Kopie des Personalausweises für den ärztlichen Beistand (früher Krankenkassabüchlein)
- ✓ Kopie der Steuernummer
- ✓ Kopie der Eigenerklärung zur Befreiung von der Kostenbeteiligung an der Gesundheitsausgabe (Ticketbefreiung)
- ✓ Eventuelle Unterlagen, welche die Notwendigkeit der Heimaufnahme belegen

(Nicht für alle Altenheime notwendig):

- ✓ Bogen zur sozialen Beurteilung
- ✓ Bogen zur Beurteilung des Selbständigkeitsgrades

*Bemerkungen*

---

---

## KOSTENZUSICHERUNG

Die/der Unterfertigte \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_ (Prov.: \_\_\_\_\_)

wohnhaft in: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_

Telefonnummer: \_\_\_\_\_

### **verpflichtet sich**

mit Beginn vom effektiven Aufnahmetag der Frau / des Herrn \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ im Altenheim \_\_\_\_\_ den  
Pflegesatz zu zahlen, bzw. für dessen Bezahlung im Sinne des DLH Nr. 30/2000 zu sorgen.

Weiters verpflichtet sich der /die Unterfertigte, alle zukünftigen und ihr/ihm zu Lasten fallenden Pflegesatzerhöhungen zu tragen. Diese Kostenzusicherung hat Geltung bis zum Tag des Austrittes oder eventuellen Hinscheidens der/des oben genannten Betreuten.

\_\_\_\_\_, am \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

Die Unterschrift muss in Anwesenheit des/der zuständigen Bediensteten angebracht werden. Sollte dies nicht möglich sein, so müssen die Bewerber/in das Gesuch unterzeichnen und eine Kopie des gültigen Identitätsausweises beilegen oder wiederum die Unterschrift beglaubigen lassen.

## ALLGEMEINE HAFTUNGSERKLÄRUNG

Der unterfertigte Bürgermeister der Gemeinde \_\_\_\_\_  
verpflichtet sich namens der Gemeindeverwaltung für eventuelle vom Antragsteller Herrn /  
Frau \_\_\_\_\_ im Alten- und Pflegeheim  
\_\_\_\_\_ nicht eingehaltenen Verpflichtungen  
finanzieller Art aufzukommen bzw. für deren Einhaltung durch den Heimgast zu sorgen. In  
finanzieller Hinsicht natürlich nur sofern der/die Antragsteller/in die Voraussetzungen des  
Art. 72, und folgender, des Gesetzes vom 17.07.1890 Nr. 6972 erfüllt und sofern die laut Art.  
433 des Bürgerlichen Gesetzbuches zum Unterhalt verpflichteten Personen nicht in der  
Lage sind beizutragen, insbesondere gemäß D.LH. Nr. 30/2000.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
(Ort) (Datum)

DER BÜRGERMEISTER

\_\_\_\_\_

## ZUSTIMMUNG

***Der/die Unterfertigte erklärt das Informationsblatt gemäß Art. 7 des Gesetzesdekretes Nr. 196/2003) erhalten zu haben und stimmt der Behandlung der persönlichen und sensiblen Daten für die im Informationsblatt angeführten Zwecke zu.***

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

## Erneuerung des Ansuchens

Damit wir unsere Daten stets am aktuellsten Stand halten können sowie bei Freiwerden eines Heimplatzes schnell und unbürokratisch reagieren können, bitten wir Sie, das Ansuchen alle ..... mittels Unterschrift auf diesem Formblatt zu verlängern. Vielen Dank.

Die/der Unterfertigte

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

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

Ich bin nach wie vor an einer Aufnahme in das Altenheim \_\_\_\_\_  
interessiert

Datum:

---

---

---

---

---

---

---

Unterschrift:

---

---

---

---

---

---

---

Sehr geehrter Gast,

das Altenheim \_\_\_\_\_ muss zur Erfüllung seiner Aufgabe notwendigerweise einige persönliche Daten kennen und behandeln. Daher geben wir Ihnen das folgende

### INFORMATIONSBLATT GEMÄSS GESETZESDEKRET 196/2003

**Inhaber der Behandlung** ist das Altenheim \_\_\_\_\_ mit Sitz in PLZ \_\_\_\_\_, Ort \_\_\_\_\_, Straße \_\_\_\_\_, gesetzlich vertreten durch den amtierenden Präsidenten.

**Verantwortlicher der Behandlung der Daten ist**.....

- Die von Ihnen verlangten persönlichen Daten sind für die Aufnahme ins Altenheim \_\_\_\_\_ und für die allgemeine und sanitäre Betreuung ausgerichtet.
- Die Behandlung erfolgt mit digitalen und händischen Methoden.
- Unter den Daten, die behandelt werden können, betreffen einige die Gesundheit des Heimgastes und sind deshalb als „sensible Daten“ vom Gesetzesdekret Nr. 196/2003 definiert.
- Die Angabe der persönlichen Daten und der Daten über die Gesundheit ist verpflichtend, da sie unbedingt für die Zielsetzungen des Altenheimes notwendig sind.
- Falls die Mitteilung der Daten verweigert wird, kann das Altenheim das Aufnahmeverfahren nicht einleiten.
- Die Behandlung der sensiblen Daten über die Gesundheit erfolgt aufgrund der Genehmigung über die Behandlung der sensiblen Daten Nr. 2/2004 von der Aufsichtsbehörde für den Schutz der persönlichen Daten (Garante per la protezione dei dati personali, Gazz. Uff. 14.08.2004, Nr. 190):  
1.2 "Die Genehmigung ist auch den folgenden Subjekten erteilt: [...]  
c) für die Gemeinschaften für die Wiedereingliederung und Aufnahme, **den Kurhäusern und Altersheimen**, beschränkt auf die Daten und auf die unumgänglichen Handlungen, um die vorgegebenen und rechtmäßigen Ziele zu erlangen, im besonderen jene, welche in den entsprechenden Verfügungen des Statutes vorgesehen sind."
- Die Behandlung der sensiblen Daten mit religiösem Charakter erfolgt aufgrund der Genehmigung über die Behandlung der sensiblen Daten Nr. 3/2004 von der Aufsichtsbehörde für den Schutz der persönlichen Daten (Garante per la protezione dei dati personali, Gazz. Uff. 14.08.2004, Nr. 190):  
2. „Die Genehmigung wird erteilt für Verfolgung von Zielen, welche vom Gründungsakt bestimmt und rechtmäßig sind, vom Statut oder vom Kollektivvertrag, sofern diese bestehen und im Besonderen für die Erlangung von Zielsetzungen kultureller, religiöser, politischer, gewerkschaftlicher, sportlicher oder nicht professioneller wettkampfmäßiger Natur, für Unterricht auch im Hinblick auf die Wahlfreiheit des Religionsunterrichtes, für Ausbildung, für wissenschaftliche Forschung, für Beistand, zum Schutz der Umwelt und der Gegenstände mit künstlerischen und historischen Interesse, zum Schutz der Zivilrechte, sowie für die **Wohlfahrt, soziale und sozio-sanitäre Fürsorge.**“

- Im Altenheim arbeitet eine Gruppe für die Freizeitgestaltung. Im Bereich einiger Initiativen ist es möglich, dass die Freizeitgestalter/innen mit Daten über die religiösen und philosophischen Überzeugungen der Heimgäste in Berührung kommen. Diese Daten dürfen nie Gegenstand systematischer Behandlung sein und ihre Angabe ist absolut freigestellt. Die Verweigerung dieser Angaben wird daher keinerlei Konsequenzen haben.
- In Bezug auf die vorhandenen sensiblen Daten erfolgt nur jene Verwendung, die unbedingt für die Verfolgung der Zwecke notwendig erlaubt ist.
- Die angenommenen sensiblen Daten werden den zuständigen Ämtern des Sanitätsbetriebes nur mitgeteilt und weitergeleitet, um die sanitäre Betreuung im Falle von Visiten und Krankenhausaufenthalten zu garantieren.
- Auf Anfrage der Landesverwaltung der Autonomen Provinz Bozen dürfen Daten für statistische Ausarbeitungen, Erhebungen und für die Festsetzung der Tagessätze mitgeteilt werden (R.G. 13/93)
- Jenen Personen, die als Ansprechpartner im Aufnahmegesuch definiert wurden, können Auskünfte erteilt werden.
- Der Heimgast kann in Bezug auf die genannten Daten die Rechte gemäß Art. 7 Gesetzesdekret Nr. 196/2003 beanspruchen, und zwar im Rahmen und unter den Bedingungen gemäß Art. 8, 9, und 10 des genannten Gesetzesvertretenden Dekrets.

#### *Art. 7 Gesetzesdekret vom 30.06.2003, Nr. 196*

Das Datenschutzgesetz verleiht den Betroffenen die Möglichkeit zur Ausübung bestimmter Rechte gemäß Art. 7. Im einzelnen hat er das Recht zu wissen welche persönlichen Daten der Inhaber über ihn besitzt und darüber Auskunft zu erhalten, ob Daten über ihn vorhanden sind, auch wenn sie noch nicht gespeichert sind und in verständlicher Form nähere Angaben über diese Daten, Herkunft und den Grund und Zweck ihrer Verarbeitung zu erfahren, sowie Angaben über Inhaber und Verantwortlichen der Verarbeitung und Personen und Kategorien von Personen denen diese Daten möglicherweise übermittelt werden. Der Betroffene hat das Recht seine Daten zu bestätigen und zu kontrollieren, zu berichtigen und zu ergänzen, zu beantragen, dass die Daten gelöscht, gesperrt und in anonyme Daten umgewandelt werden falls die Verarbeitung gegen die gesetzlichen Bestimmungen verstößt. Er hat das Recht sich aus gerechtfertigten Grund gänzlich oder zum Teil der Verarbeitung seiner Daten zu widersetzen, sowie die Löschung, Sperrung, Umwandlung in anonyme Daten zu verlangen und ohne gerechtfertigten Grund, wenn Daten zum Zwecke der Handelsinformation, des Versands von Werbematerial, des Direktverkaufs, zu Markt- und Meinungsforschung verwendet werden.

**DANKE FÜR IHRE MITARBEIT!**

## ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

# ARZTZEUGNIS

### Stammdaten:

**Patient:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Sanitätsausweis Matrikel Nr.:

Derzeitige Aufenthalt:

Seit:

**Anmeldung für:**

Heimaufnahme

Kurzzeitpflege

Tagespflege

**Anmeldender Arzt:**

(Stempel des Arztes oder der Krankenhausabteilung)^

**Name des Hausarztes:**

### Anmeldungsgrund:

### Diagnosen:

Funktionelle Beschreibung mit Angabe von Art u. Grad der Unselbständigkeit, akuten Ereignissen, wichtigen Operationen (wo, wann):

<input type="checkbox"/> Atmungsorgane
<input type="checkbox"/> Herz-Kreislauforgane
<input type="checkbox"/> Zerebrovaskulär
<input type="checkbox"/> Arterien
<input type="checkbox"/> Venen
<input type="checkbox"/> Harnwege/Gynäkologie
<input type="checkbox"/> Verdauungsorgane
<input type="checkbox"/> Bewegungsapparat
<input type="checkbox"/> Mobilität
<input type="checkbox"/> Stoffwechsel
<input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus
<input type="checkbox"/> Nervensystem
<input type="checkbox"/> Parkinson-Syndrom
<input type="checkbox"/> Psyche
<input type="checkbox"/> Demenz
<input type="checkbox"/> Depression
<input type="checkbox"/> Sucht
<input type="checkbox"/> Schmerz
<input type="checkbox"/> Sinnesorgane
<input type="checkbox"/> Haut
<input type="checkbox"/> Dekubitus
<input type="checkbox"/> Tumor
<input type="checkbox"/>

## Behandlung:

### Medikamente:

	Morgen	Mittag	Abend	Nacht

### Benötigt:

- Physiotherapie:
- Ergotherapie:
- Logopädie:
  
- besondere Diät (wenn ja, welche?):
- besondere Kostform (wenn ja, welche?):
- Enterale Ernährung:
  
- Dauerkatheter:
- Anus praeter:
- Tracheale Aspiration:
- O2-Langzeittherapie:
- Ansteckende Krankheiten:
- Anderes (bitte angeben):

### Bemerkungen – Problemliste:

(besondere Behandlungs- oder Pflegebedürfnisse, problematische Gewohnheiten oder Verhaltensweisen, soziale Verhältnisse u.a.m.)

- Alkoholabusus:
- Raucher:
- Funktionelle Behinderungen:
- Problematische Verhaltensweisen:
- Psychische Störungen:
- Andere (bitte angeben):

### Anregungen und Empfehlungen des Arztes:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift