

Kranken-/Sozialversicherung

Krankenversicherung Sozialversicherungsnr. Wichtig, bitte unbedingt ausfüllen!	<input type="checkbox"/> VGKK	Nr.
	<input type="checkbox"/> BVA	Nr.
	<input type="checkbox"/> VA Eisenbahner	Nr.
	<input type="checkbox"/> SVA (gewerbliche Wirtschaft)	Nr.
	<input type="checkbox"/> Privatversicherung	Nr.
Rezeptgebührenbefreiung Wichtig, bitte unbedingt ausfüllen!	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, dauernd <input type="checkbox"/> befristet bis	
Hausarzt	Name / Anschrift	

Angaben zu Angehörigen / Auskunftspersonen* / Vertrauenspersonen**

Bezug zum Antragsteller (Kind, Sachwalter, Bekannte)	Name / Anschrift / Tel	Ist bitte vom Antrags- steller zu nennen!
a)		<input type="checkbox"/> Auskunftsperson <input type="checkbox"/> Vertrauensperson
b)		<input type="checkbox"/> Auskunftsperson <input type="checkbox"/> Vertrauensperson
c)		<input type="checkbox"/> Auskunftsperson <input type="checkbox"/> Vertrauensperson
d)		<input type="checkbox"/> Auskunftsperson <input type="checkbox"/> Vertrauensperson

* Auskunftsperson/en: Als auskunftsberechtigt gelten gemäß Pflegeheimgesetz § 10 Abs 1 grundsätzlich Ehegatten und Kinder - sofern sich der/die BewohnerIn nicht ausdrücklich dagegen ausgesprochen hat - und Sachwalter. Sofern gewünscht, kann der/die BewohnerIn zusätzlich eine Auskunftsperson bei der Heimaufnahme nennen.

**Vertrauensperson/en: Gemäß Heimvertragsgesetz § 27e hat der/die BewohnerIn das Recht, gegenüber dem Träger jederzeit eine Vertrauensperson für wichtige zivilrechtliche Angelegenheiten namhaft zu machen. (Verleiht keine Vertretungsvollmacht!) Sofern gewünscht, kann der/die BewohnerIn eine Vertrauensperson bei der Heimaufnahme nennen.

Angaben zur Sachwalterschaft

Sachwalter	<input type="checkbox"/> ja (bitte Kopie des Beschlusses dem Antrag beilegen!) Name / Anschrift	
Sachwalterschaft für	<input type="checkbox"/> alle Angelegenheiten <input type="checkbox"/> einzelne Angelegenheiten <input type="checkbox"/> Kreis von Angelegenheiten	
Sachwalterschaft	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt Datum d. Antragstellung <input type="checkbox"/> wird beantragt Datum d. Antragstellung	

Arztbericht / Medikamente

schriftliche Diagnose	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> direkt vom Arzt erhalten
Pflegebericht	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> direkt vom Landeskrankenhaus erhalten
Medikamente / Medikamentenliste	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> direkt vom Arzt erhalten

Ansuchen / Antragsteller / Antragsgründe / Arzt

Wer stellt diesen Antrag für die betroffene Person?	Zu- / Vorname Ort / Straße / Hnr.
In welcher Eigenschaft?	<input type="checkbox"/> Angehöriger (Verwandter) <input type="checkbox"/> Sachwalter <input type="checkbox"/> Hausarzt <input type="checkbox"/> Krankenpflegeverein <input type="checkbox"/> Mobiler Hilfsdienst <input type="checkbox"/> Sozialer Dienst Landeskrankenhaus Feldkirch / Rankweil (nicht zutreffendes bitte streichen)
derzeit behandelnder Arzt	Zu- / Vorname Ort (z.B. LKH FK)

Finanzielles

Monatliches Einkommen (Pension, Miete usw.)	Zahlende Stelle	Höhe des Einkommens
a)		
b)		
Finanzierung Heimkosten Selbstzahler	<input type="checkbox"/> mit dem oben angeführten Einkommen	
Pflegegeld	<input type="checkbox"/> wird gewährt, derzeit Stufe von <input type="checkbox"/> Bund (Pensionsversicherungsanstalt) <input type="checkbox"/> Land (Sozialhilfe) <input type="checkbox"/> wird nicht gewährt	
Pflegegeld NEU	<input type="checkbox"/> ist beantragt	Datum d. Antragsstellung
Pflegegeld Erhöhung	<input type="checkbox"/> wird beantragt <input type="checkbox"/> noch nicht beantragt	Datum d. Antragsstellung
Sozialbeihilfe Bezirks- hauptmannschaft Feldkirch	<input type="checkbox"/> Antrag ist gestellt <input type="checkbox"/> wird beantragt	Bewilligungsdatum Datum d. Antragsstellung
Rechnungsempfänger bei Selbstzahler	Zu- / Vorname Ort / Straße / Hnr.	
Abbuchungsauftrag	Bank / Kontonr. / BLZ	

Datum

Unterschrift des Antragstellers