



Sehr geehrter Kunde!
Sehr geehrte Kundin!

Wir freuen uns, dass Sie sich für das Angebot der Urlaubspflege in einem unserer Häuser zum Leben entschieden haben.

Vor Ihrem kurzzeitigen Einzug im Haus Rudolfsheim möchten wir Ihnen einige wichtige Informationen übermitteln um Ihnen Ihre Ankunft so angenehm wie möglich zu machen.

Wir ersuchen Sie folgende Unterlagen und Materialien am Tag Ihres Einzugs mitzubringen:

- Zuweisung durch den Fond Soziales Wien
- Diagnosen, letzter Spitalsbrief, Impfstatus, Allergie-Nachweise etc.
- Bereits vorhandene Medikamente (inkl. Liste der Medikamente mit Angabe der Dosierung und der Einnahme-Zeiten)
Bitte achten Sie im Vorfeld darauf, dass ausreichend benötigte Medikamente vom Hausarzt verschrieben werden.
- Ggf. regelmäßig benötigte Verbandsmaterialien oder Katheter
- Ggf. bereits über die ÖGK bezogene Inkontinenzprodukte
Beachten Sie bitte, dass die Inkontinenzprodukte für die Dauer Ihres Aufenthalts über unser Haus bestellt werden. Sollten Sie ihr Kontingent bereits vor Ihrem Einzug erhalten haben und dieses nicht mitbringen, muss Ihnen die Bestellung weiterer Inkontinenzprodukte in Rechnung gestellt werden.

Sollten während des Aufenthalts Kontrolltermine bei Ärzt*innen oder in Spitälern geplant sein, ersuchen wir Sie um entsprechende Information.

Es ist uns ein großes Anliegen, Ihnen die bestmögliche Versorgung bieten zu können. Aus diesem Grund ersuchen wir Sie beiliegenden Erhebungsbogen auszufüllen bzw. (sofern möglich) vom Hausarzt ausfüllen zu lassen.

Wir bitten Sie den **Erhebungsbogen** so ausführlich wie möglich zu beantworten und dürfen uns für die Übermittlung spätestens eine Woche vor Ihrem Einzug per E-Mail oder postalisch bedanken.

Zu guter Letzt dürfen wir Ihnen einen angenehmen Aufenthalt in unserem Haus wünschen und freuen uns Sie am _____ begrüßen zu dürfen.

Ihr Team der Häuser zum Leben

Bitte übermitteln Sie diesen Erhebungsbogen bis spätestens eine Woche vor Ihrem Einzug per Post oder E-Mail an Haus.Rudolfsheim@kwp.at.

Die dazu gehörigen Dokumente (Diagnosen, letzter Spitalsbrief, Impfstatus, Allergie-Nachweise) bringen Sie bitte am Tag des Einzuges mit.

Vorname:	Nachname:
Geb.Datum:	Urlaubspflege/ Haus RUD/1RO/MJ

Vorerkrankungen	Ja	Nein
Bluthochdruck	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Herzerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lungenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gefäßerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunschwäche (chronisch, Krebs, AIDS, Blutkrebs,...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lebererkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nierenerkrankung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Down-Syndrom (Trisomie 21)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psychiatrische Erkrankungen/ Kognitive Einschränkungen	<input type="checkbox"/> bitte in BLOCKBUCHSTABEN anführen: ●	<input type="checkbox"/>
Übergewicht (BMI>30)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Demenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung	Orientiert <input type="checkbox"/>	Desorientiert <input type="checkbox"/>
Allergien (bitte in BLOCKBUCHSTABEN anführen)	● ● ● ●	<input type="checkbox"/>
Nahrungsunverträglichkeiten (bitte in BLOCKBUCHSTABEN anführen)	● ● ●	<input type="checkbox"/>

Besteht eine Weglauftendenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pflegerrelevante Informationen	Ja	Nein	
Schmerzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Atmung erschwert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	O2-Therapie <input type="checkbox"/>

	Selbstständig	Unterstützung benötigt
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege/Kleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung/Flüssigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausscheidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Andere Erkrankung/en/ Bestehende Wunden <small>(bitte in BLOCKBUCHSTABEN anführen)</small>	<ul style="list-style-type: none"> • • • •
--	--

Folgende Medikamente werden regelmäßig eingenommen (bitte auch Dosierung und Einnahme-Zeiten angeben): <small>(bitte in BLOCKBUCHSTABEN anführen)</small>	<ul style="list-style-type: none"> • • • • • • •
---	---

Impfstatus	Geimpft	Nicht geimpft
Influenza	<input type="checkbox"/> Datum: _____	<input type="checkbox"/>
Covid-19	<input type="checkbox"/> Erstimpfung Datum: _____ <input type="checkbox"/> Zweitimpfung Datum: _____ <input type="checkbox"/> Drittimpfung Datum: _____ <input type="checkbox"/> Auffrischungsimpfung (4. Impfung) Datum: _____	<input type="checkbox"/>

	Kontakt Hausarzt/Hausärztin
Name	
Adresse	
Telefon	
E-Mail	

Wissenswertes/ zusätzliche Informationen für unser Haus:

Sofern dieses Dokument vom betreuenden Hausarzt/ der betreuenden Hausärztin vervollständigt worden sein sollte, ersuchen wir um Arztstempel und Unterschrift.

Datum

Stempel und Unterschrift
Hausarzt/Hausärztin