



Datum:

Anfrage um stationäre Unterbringung in den AVS AWPB

AVS-Pflegeheime

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> St. Paul im Lavanttal Haus „Lavendel“ | <input type="checkbox"/> Villach Süd Haus „Sonne“ |
| <input type="checkbox"/> St. Andrä im Lavanttal | <input type="checkbox"/> Hermagor Haus „Wulfenia“ |
| <input type="checkbox"/> St. Stefan im Gailtal | |

KLIENTENDATEN

VORNAME:	FAMILIENNAME:
SV-NUMMER:	KRANKENKASSE:
REZEPTGEBÜHREN- BEFREIUNG: <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
GEBURTSORT:	GEBURTSDATUM:
STAATSBÜRGERSCHAFT:	FAMILIENSTAND:
ANZAHL BEZIEHENDER PENSIONEN:	PENSIONSAUSZAHLENDE STELLE:
BANK:	IBAN:
UNTERHALTSPFLICHT EHEPARTNER: <input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN
HAUPTWOHNSITZ:	



Arbeitsvereinigung der Sozialhilfe Kärntens

PFLEGEgeldANTRAG GESTELLT AM:

Nachweis der DERZEITIGEN **PFLEGESTUFE:**

ERHÖHUNG BEANTRAGT AM:

ERWACHSENENSCHUTZVERTRETER:

JA

NEIN

NAME:

ANSCHRIFT:

TELEFON:

NÄCHSTE/R ANGEHÖRIGE/R

NAME:

ANSCHRIFT:

VERWANDTSCHAFTSGRAD:

TELEFON:

ANSPRECHPARTNER/IN FÜR KONTAKTAUFNAHME:

ANTRAGSTELLER SELBST:

VERTRAUENSPERSON/ANGEHÖRIGE/R

ANDERE PERSONEN: JA NEIN

NAME:

RELEVANTE KLINISCHE DIAGNOSEN (KURZARZTBRIEF, ÄRZTLICHES ATTEST – WENN VORHANDEN):

DERZEIT BETREUT VON:

- MOBILE HAUSKRANKENPFLEGE 24 H PFLEGE ANGEHÖRIGE/R KEINE BETREUUNG
 SONSTIGES

Datum

(UNTERSCHRIFT Klient/in/ gesetzlicher Vertreter)