

**Information:**  
 Tel.: 0316/7060-1111  
 Fax.: 0316/7060-1119  
 E-Mail: ggz.aufnahme@stadt.graz.at  
 Albert-Schweitzer-Gasse 36, 8020 Graz

## Interessensbekundung für PflEGEwohNheime (PWH)/ Tageszentren/ Betreutes Wohnen der GGZ

**Interesse für folgende Angebote:**

<input type="checkbox"/> PWH Aigner-Rollett am Rosenhain <input type="checkbox"/> PWH Erika Horn <input type="checkbox"/> PWH Peter Rosegger <input type="checkbox"/> Senior:innenresidenz Robert Stolz	<input type="checkbox"/> Memory Tageszentrum Rosenhain <input type="checkbox"/> Tageszentrum Robert Stolz <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen
--	---

**gewünschte Versorgung:**

<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Langzeitpflege <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer
--

**Stammdaten:**

<b>Vorname:</b>		<b>Selbstversichert:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Hauptversicherte:r):
<b>Nachname:</b>		<b>Versicherungsträger:</b>
<b>SVNR/Geburtsdatum:</b>	___ / ___	<input type="checkbox"/> ÖGK <input type="checkbox"/> KFA <input type="checkbox"/> BVAEB-EB <input type="checkbox"/> BVAEB-OEB <input type="checkbox"/> SVS-LW <input type="checkbox"/> SVS-GW <input type="checkbox"/> Andere: _____
<b>PLZ und Wohnort:</b>		<b>Pflegegeldstufe:</b> <b>aktuelle Pflegegeldstufe: _____ (1-7)</b> <input type="checkbox"/> nein (ggf. Datum der Erst-Antragstellung): _____ <b>Pflegegeld-ErhöHungsantrag:</b> <input type="checkbox"/> ja, gestellt am: _____ <input type="checkbox"/> nein <b>Befürwortung PWH (betrifft Pflegegeldstufe 0-3):</b> <input type="checkbox"/> ja, bis: _____, durch: _____ <input type="checkbox"/> nein
<b>Straße und Hausnummer:</b>		
<b>Hausärztin / Hausarzt:</b>	Name: _____ Tel.nr.: _____	
<b>Zuweisendes Krankenhaus / Hausärztin/ Hausarzt</b>	Name: _____ Abteilung: _____ Tel.nr.: _____	
<b>Kontaktperson</b>	Name: _____ Tel.nr.: _____	<b>Verhältnis:</b> <input type="checkbox"/> Angehörige:r <input type="checkbox"/> Erwachsenenvertreter:in / Vorsorgebevollmächtigte:r <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____

**Pflege- und betreuungsrelevante Informationen:**

<b>Aktuelle Betreuungssituation:</b>	<b>zu Hause:</b>	<b>Stationäre Versorgung:</b>
<input type="checkbox"/> selbstständig zu Hause	<input type="checkbox"/> Unterstützung durch Familie / Angehörige <input type="checkbox"/> mobile Dienste / Hauskrankenpflege <input type="checkbox"/> 24 h Betreuung <input type="checkbox"/> Tageszentrum	<input type="checkbox"/> Pflegewohnheim wo: _____ <input type="checkbox"/> sonstige Unterbringung Wo: _____
<b>Mobilität:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Rollator / Gehstock <input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> Hilfe beim Transfer erforderlich
<b>Kognitiver Status:</b>	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung <input type="checkbox"/> leichte / mittlere Einschränkung <input type="checkbox"/> schwere Einschränkung	MMSE (wenn vorhanden):
<b>Körperpflege:</b>	<b>Nahrungsaufnahme:</b>	<b>Kontinenz:</b>
<input type="checkbox"/> selbstständig / keine Einschränkungen <input type="checkbox"/> teilweise Unterstützung / Anleitung <input type="checkbox"/> Übernahme	<input type="checkbox"/> selbstständig / keine Einschränkungen <input type="checkbox"/> teilweise Unterstützung / Anleitung <input type="checkbox"/> Eingabe / über Sonde	<input type="checkbox"/> selbstständig / keine Einschränkungen <input type="checkbox"/> teilweise Unterstützung <input type="checkbox"/> Übernahme der Versorgung
<b>Kommunikation:</b>	<b>Verhalten:</b>	<b>Orientierung:</b>
<input type="checkbox"/> keine Einschränkungen <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel <input type="checkbox"/> verbale Kommunikation nicht möglich	<input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> verbale Unruhe (z.B. häufiges schreien) <input type="checkbox"/> Aggressionsereignisse in letzt. 3 Monaten	<input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> teilweise desorientiert <input type="checkbox"/> vollständig desorientiert
<b>Bekannte Freiheitsbeschränkungen:</b>		
<b>Klinische Diagnosen &amp; Medikamente:</b> Für die Gültigkeit der Interessensbekundung ist das Mitsenden eines Arztbriefes mit den aktuellen klinischen Diagnosen und Medikamenten erforderlich.		
<b>Bekannte Infektionskrankheiten:</b>	<b>Chronische Wunden:</b>	
<b>Sonstiges:</b> <input type="checkbox"/> Sauerstofftherapie <input type="checkbox"/> Beatmung	<input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Urostoma <input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> PWG Sonde <input type="checkbox"/> Colostoma / Ileostoma

# Interessensbekundung für Pflegewohnheime (PWH)/ Tageszentren/ Betreutes Wohnen der GGZ

## Allgemeine Hinweise:

- Mit der Interessensbekundung ist unverbindliche Vormerkung auf einer Liste für die Heimbetreuung verbunden. Es handelt sich um eine Interessensbekundung mit der kein Anspruch auf einen Heimplatz verbunden ist.
- Die Vormerkung hat eine Gültigkeit von 6 Monaten.
- Bei Fragen zur Verfügbarkeit von freien Plätzen wird gebeten, mit den angemeldeten Bereichen Kontakt aufzunehmen. Es erfolgt keine automatische Rückmeldung.
- Für eine Verbindlichkeit der Aufnahme ist der Abschluss eines Heimvertrages zwingend notwendig.
- Wenn wesentliche Angaben im Formular fehlen, insbesondere Unterschrift, Kontaktdaten, klinische Diagnosen und Medikamente, erfolgt keine weitere Bearbeitung. Die Daten werden umgehend gelöscht bzw. vernichtet.

## Datenschutzerklärung

Gemäß Art 13 Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) & § 43 Datenschutzgesetz (DSG)

Verarbeitungszweck: Die Erhebung der personenbezogenen Daten dient einer ersten fundierten Beurteilung, welche Angebote und Formen der Betreuung sowie Begleitung von dem/der Aufnahmewerber:in benötigt werden. Mithilfe der Informationen kann von einem ausgewählten und eingeschränkten Mitarbeiter:innenkreis fachgerecht eingeschätzt werden, ob eine Aufnahme angeboten werden kann oder nicht. Im Fall einer Aufnahme werden die erhobenen Daten auch im Zuge des Aufnahmeprozesses verwendet bzw. weiterverarbeitet.

Bereitstellung der Daten: Die Bereitstellung der Daten ist weder gesetzlich noch vertraglich vorgeschrieben. Die Nichtbereitstellung der Daten hätte zur Folge, dass keine fachgerechte Einschätzung über eine Aufnahme in unserer Einrichtung möglich ist und folglich eine Aufnahme automatisch ausgeschlossen werden muss. Die Verarbeitung der Daten erfolgt ausschließlich durch Fachpersonal, welche einer Geheimhaltungspflicht unterliegen.

Empfänger: Die von Ihnen angeführten Informationen werden ausschließlich von den Geriatriischen Gesundheitszentren der Stadt Graz innerhalb des Unternehmens an zuständige Abteilungen übermittelt, die im Rahmen einer fachgerechten Einschätzung über die Aufnahme, die Daten notwendigerweise erhalten müssen. Die Informationen werden nicht an Empfänger weitergegeben, die mit den Daten eigene Zwecke verfolgen.

Widerrufsrecht: Die/der Aufnahmewerber:in ist berechtigt, die datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung jederzeit gegenüber der Heimträgerin einseitig und schriftlich zu widerrufen. Der Widerruf kann sich auch nur auf einzelne Punkte beziehen.

Speicherdauer: Sofern keine Aufnahme in unserer Einrichtung zustande kommt, erlauben wir uns, die angeführten Informationen, für den Fall einer neuerlichen Anfrage, fünf Jahre ab Zeitpunkt der Absage aufzubewahren und in Evidenz zu halten. Dafür benötigen wir Ihre schriftliche Einwilligung (siehe unten). Sollten wir keine Einwilligung von Ihnen erhalten, werden die Daten umgehend gelöscht bzw. vernichtet.

Verantwortlicher für die Datenverarbeitung: Verantwortlich für die Datenverarbeitung ist die die Stadt Graz (Geriatriische Gesundheitszentren). Datenkategorien, Empfänger und Rechtsgrundlage der Verarbeitung sind im Datenverarbeitungsregister unter DVR 0051853 registriert und können jederzeit beim Datenschutzbeauftragten der Stadt Graz eingesehen werden. Die Informationen nach Artikel 12-14 DSGVO sind auf der Website <https://ggz.graz.at/de/Allgemeines/Impressum-Datenschutz> verfügbar. Informationen zur Einhaltung der Datenschutzbestimmungen sind in der Datenschutzerklärung der Stadt Graz auf der Website [https://www.graz.at/cms/beitrag/10309180/7765258/Datenschutzerklaerung\\_der\\_Stadt\\_Graz.html](https://www.graz.at/cms/beitrag/10309180/7765258/Datenschutzerklaerung_der_Stadt_Graz.html) enthalten.

<p>_____</p> <p><b>Name</b> Aufnahmewerber:in / Gesetzliche Vertretung</p>	<p>_____</p> <p><b>Ort, Datum</b></p>	<p>_____</p> <p><b>Unterschrift</b> Aufnahmewerber:in/ Gesetzliche Vertretung</p>
--	---------------------------------------	---