



Erholungsurlaube 2018

für Menschen
mit Behinderungen

volkshilfe.
SALZBURG



LAND
SALZBURG





Erhebungsbogen Erholungsurlaube für Menschen mit Behinderungen

(auszufüllen von der Hausärztin/dem Hausarzt)

Behinderung
Inklusion

2018

Angaben zum Antragsteller:

Bitte zutreffendes ankreuzen!

Name, Vorname	Geburtsdatum
Adresse	Postleitzahl, Ort

1.) Welche Behinderung(en) liegt/liegen vor:

- Körperliche Behinderung(en)
- Kognitive Behinderung(en)
- Sinnesbehinderung(en)
- Psychische Behinderung(en)

2.) Die Beeinträchtigung(en) dauert/dauern mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate:

- ja nein

3.)

Diagnose:

Allgemeiner Gesundheitszustand:

4.) Rollstuhl:

- ja nein

Elektrischer Rollstuhl:

- ja nein

5.) Medikamente:

Einnahme selbständig:

- ja nein

Bitte wenden!

www.salzburg.gv.at

Amt der Salzburger Landesregierung | Abteilung 3 - Soziales

Postfach 527 | 5010 Salzburg | Österreich | Telefon +43 662 8042 0* | post@salzburg.gv.at | DVR 0078182

6.) Allergien:

<input type="checkbox"/> Inhalationsallergie (über das Einatmen, z. B. Pollen, Hausstaubmilben, Schimmelpilze, Tierhaare) Info: _____
<input type="checkbox"/> Ingestionsallergie (über den Mund, z.B. tierische Eiweiße in Eier oder Milch; Soja, Nüsse, Zitrusfrüchte, Gewürze) Info: _____
<input type="checkbox"/> Injektionsallergie (durch Einspritzen, z. B. Insektengifte von Wespen oder Bienen) Info: _____
<input type="checkbox"/> Kontaktallergie (über die Haut, z. B. Tierhaare, Metalle wie Nickel, Latex) Info: _____
Medikation erforderlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

7.) Diät:

--

8.) Impfstatus (Tetanus, FSME, ...)

--

9.) Pflegebedürftigkeit:

Pflegebedürftig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Pflegeperson erforderlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Personenbezogene Hilfe erforderlich (bitte ankreuzen): <input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Körperpflege <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> Begleitung zur Toilette <input type="checkbox"/> Hilfestellung für Inkontinenz <input type="checkbox"/> Unterstützung bei der Einhaltung pflegerischer Anordnungen (Medikamente)	
Begleitperson erforderlich: Info: _____	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leidet die Patientin/ der Patient an übertragbaren Krankheiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Datum

Unterschrift und Stempel der Hausärztin/des Hausarztes