|  |  |
| --- | --- |
|  | **Soziale Einstufung**  Antragssteller/in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Geburtsdatum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

**Die soziale Einstufung kann in folgenden Diensten durchgeführt werden:**

* Anlaufstelle für Pflege und Betreuung im Gesundheits- und Sozialsprengel Tauferer-Ahrntal,

MO, DI, MI, FR 10-12, DO 15-17 (Terminvereinbarung unter Tel. 0474 / 586174; [tauferer-ahrntal@anlaufstelle.bz.it](mailto:tauferer-ahrntal@anlaufstelle.bz.it))

* Hauspflegedienst im Sozialsprengel Tauferer-Ahrntal (Terminvereinbarung unter Tel. 0474 / Tel.: 0474 678008)
* Krankenpflegedienststelle im Gesundheitssprengel Tauferer-Ahrntal (Terminvereinbarung unter Tel. 0474 / Tel.: 0474 586170)
* Pflegedienstleitung im Altersheim Sand in Taufers (Terminvereinbarung unter 0474-678161 oder [pflegedienstleitung@altersheim-taufers.eu](mailto:pflegedienstleitung@altersheim-taufers.eu) )

|  |  |
| --- | --- |
| **PFLEGEEINSTUFUNG** *Zutreffendes bitte ankreuzen* | |
| Pflegestufe 0 |  |
| Pflegestufe 1 |  |
| Pflegestufe 2 |  |
| Pflegestufe 3 |  |
| Pflegestufe 4 |  |

*Sollte keine Einstufung im Sinne des Pflegegesetzes vorliegen, übernimmt das Fachpersonal des Betriebes eine Einschätzung des Pflege- und Betreuungsbedarfs.*

|  |
| --- |
| **DERZEITIGE BETREUUNGSSITUATION (gesamt 20 Punkte)**  *Zutreffendes bitte ankreuzen* |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Wie erfolgt die derzeitige Betreuung des Antragstellers? | |
| es ist keine Betreuung erforderlich – der Antragsteller versorgt sich selbst  *evtl. Notizen:* |  |
| teilweise durch die eigenen Familienmitglieder/Verwandte/Pflegekräfte (badanti) und teilweise durch andere ambulante oder teilstationäre Dienste  *evtl. Notizen:* |  |
| die Betreuung und Pflege erfolgt zu Hause durch die eigenen Familienmitglieder/Verwandte/Pflegekräfte (badanti)  *evtl. Notizen:* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Der Antragsteller benötigt für die Gewährleistung der alltäglichen Bedürfnisse die Unterstützung von ambulanten Pflege- und Betreuungsdiensten? (Haus- und Krankenpflegedienst, Pflegehilfsdienste…) | |
| nicht notwendig |  |
| in geringem Maße |  |
| in umfangreichem Maße |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Durch die Krankheit des Antragstellers stellt die Unterbringung im Pflegeheim die einzig mögliche Lösung dar? | |
| Nein – es gibt auch anderweitige Möglichkeiten  *evtl. Notizen:* |  |
| Ja – es gibt keine anderen Möglichkeiten  *evtl. Notizen:* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Für die Angehörigen/Verwandten stellt die Betreuung des Antragstellers eine Belastung (Beruf, Wohnsituation, Pflegekenntnis) dar? | |
| Nein |  |
| in geringem Maße |  |
| in umfangreichem Maße |  |
| extreme Überforderung |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Dauer der Unterbringung in einer sanitären Struktur (z.B. Krankenhaus…)   in den letzten 12 Monate | |
| keine |  |
| zwischen 1 und 20 Tage |  |
| über 20 Tage |  |

|  |
| --- |
| **DERZEITIGE WOHNSITUATION (gesamt 10 Punkte)**  *Zutreffendes bitte ankreuzen* |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Wie/wo lebt derzeit der Antragsteller | |
| Zusammenlebend mit Familienangehörigen bzw. mit anderen Personen (z.B. Betreuer/in)  *evtl. Notizen:* |  |
| Alleinlebend in eigener Wohnung – Kinder/Verwandte wohnen aber im selben Haus  *evtl. Notizen:* |  |
| Alleinlebend in eigener Wohnung – Kinder/Verwandte wohnen auch nicht im selben Haus  *evtl. Notizen:* |  |
| Alleinlebend - ohne Kinder  *evtl. Notizen:* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Der Zustand der derzeitigen Wohnung gewährleistet eine angemessene Pflege und Betreuung der Antragstellers | |
| ja |  |
| ja - mit geringen baulichen Maßnahmen |  |
| ja - mit wesentlichen/umfangreichen baulichen Maßnahmen |  |
| nicht möglich aus folgenden Gründen: |  |

|  |
| --- |
| **PERSÖNLICHE SCHWIERIGKEITEN, WELCHE EINE AUFNAHME ERFORDERLICH MACHEN**  **(gesamt 20 Punkte)**  *Zutreffendes bitte ankreuzen* |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Über welchen Zeitraum wird der Antragsteller bereits gepflegt? | |
| der Antragsteller/in ist/war: nicht pflegebedürftig |  |
| seit 6 Monaten |  |
| Zeitraum von 6 Monate bis 18 Monate |  |
| mehr als 18 Monate |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Soziales und Beziehungsleben | |
| gutes - normales Beziehungsleben |  |
| Teilweise - das Beziehungsleben ist eingeschränkt  *evtl. Notizen:* |  |
| unzureichend - das Beziehungsleben ist so eingeschränkt, dass erste Anzeichen einer krankhaften sozialen Isolierung erkennbar werden  *evtl. Notizen:* |  |
| absolut nicht vorhanden - es besteht eine Situation von totaler Isolierung *evtl. Notizen:* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Wer ist zurzeit die Hauptpflegeperson? | |
| der Antragsteller ist nicht pflegebedürftig |  |
| externe Pflegekraft – „badante“ - Verwandte – Geschwister |  |
| eigene Familienmitglieder Kinder / Ehegatte/in |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. Decken die ambulanten Dienste den erforderlichen Pflegebedarf ab? | |
| Ja |  |
| Teilweise |  |
| nein |  |

**Die Soziale Beurteilung wurde durchgeführt von :**

*(Zutreffendes bitte ankreuzen und Name leserlich einfügen)*

Anlaufstelle für Pflege und Betreuung durch \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hauspflegedienst durch \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Krankenpflegedienst durch \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Altersheim Sand in Taufers durch \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*Datum Unterschrift*