

# ANTRAG

## Gesundheitsaktion „Senioren“

Raum für Posteingangstempel

Antragsteller(in)		VSNR				Geb.-Datum			
Name:									
Anschrift:									
Telefonnummern (Festnetz, Handy):					E-Mail:				

Sind Sie in der Lage, allgemeine Gymnastik mitzumachen?  ja  nein

Welche Wegstrecke können Sie zu Fuß bewältigen?  
 50 m  500 m  2 km  5 km und mehr

Benötigen Sie Hilfsmittel, orthopädische Behelfe (z.B. Hörgerät, Gehstock)?  
\_\_\_\_\_

Zuletzt in Anspruch genommene Behandlungen/Therapien: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind Sie pflegebedürftig?  nein  
 ja, Pflegegeldstufe \_\_\_\_\_

Benötigen Sie Unterstützung z.B. bei Verbandwechsel, Medikamenteneinnahme?  
 nein  
 ja, bei: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Angaben zum Aufenthalt:	
Wunschtermin/-ort:	_____
Ersatztermin/-ort:	_____

Ich bin damit einverstanden, dass meine Daten zwecks Organisation und Durchführung des Aufenthaltes (z.B. Anreise mit Teilnehmenden aus der Nähe – Mitfahrgemeinschaften) weitergegeben werden.

Ich erkläre mich bereit, aktiv am Programm dieser Gesundheitsaktion teilzunehmen.

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift

Weitere Informationen erhalten Sie unter der Telefonnummer 0732 76 33-4370 oder unter [www.svb.at/gesundheitsaktionen](http://www.svb.at/gesundheitsaktionen)

# Ärztliche Stellungnahme für \_\_\_\_\_

Zu- und Vorname Antragsteller(in)

**Grund für die Beantragung der Gesundheitsaktion** (Belastungssituation, Sozialanamnese, etc.):

**Sonstige Diagnosen** (chronische Beschwerden, Ulcera, Inkontinenz, Sucht, psychische und körperliche Verfassung, Demenz, etc.):

Größe: \_\_\_\_\_

Gewicht: \_\_\_\_\_

RR: \_\_\_\_\_

Ist der (die) Antragsteller(in) insulinpflichtige(r) Diabetiker(in)?

ja

nein

Wenn ja:      Eigenständigkeit gegeben (spritzt selbst)?  
                  Ärztliche Kontrollnotwendigkeit?

ja

nein

ja

nein

Welche Tätigkeiten kann der (die) Antragsteller(in) ausüben?

- Selbstständig waschen, baden
- Selbstständig ankleiden
- Stiegen steigen
- Gehen ohne Fremdhilfe
- Gehen nur mit Behelfen

ja

nein

ja

nein

ja

nein

ja

nein

ja

nein

Wird eine medizinisch begründete Diät benötigt (z.B. Glutenfreie Diät bei Zöliakie)?

ja – Art der Diät: \_\_\_\_\_

nein

Medikation:

\_\_\_\_\_  
Datum / Unterschrift / Stempel Arzt (Ärztin)