



Antrag SVS-Gesundheitsangebot Gemeinsame Pflegeauszeit

| Antragsteller | VSNR | Geburtsdatum |
|-----------------------------------|---------|--------------|
| Vor- und Familienname: | | |
| Adresse: | | |
| Telefonnummern (Festnetz, Handy): | E-Mail: | |

| Angaben zum Aufenthalt |
|---|
| <p><u>Ort:</u></p> <p>Gesundheitshotel Radkersburger Hof Thermenstraße 22, 8490 Bad Radkersburg</p> <p><u>Termine:</u></p> <p><input type="checkbox"/> 11. Juni 2024 bis 25. Juni 2024</p> <p><input type="checkbox"/> 01. Oktober 2024 bis 15. Oktober 2024</p> |

| Zu pflegende Person | VSNR | Geburtsdatum |
|---|------|--------------|
| Vor- und Familienname: | | |
| Adresse: | | |
| Verwandtschaftsverhältnis: | | |
| Wird bzw. wurde die zu pflegende Person überwiegend durch den Antragsteller gepflegt? | | |
| <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Seit wann? _____ Pflegegeldstufe _____ seit: _____ | | |

| Teilnehmende Geschwister | |
|--------------------------|-------|
| Vor- und Familienname: | Geb.: |
| Vor- und Familienname: | Geb.: |

| Teilnehmender zweiter Elternteil (Ein Antragsformular ist auch vom zweiten Elternteil auszufüllen, sofern dieser bei der SVS versichert ist. Die Teilnahme beider Elternteile ist im Einzelfall zu prüfen und erst nach Bewilligung durch die SVS möglich.) | |
|---|-------|
| Vor- und Familienname: | Geb.: |

- Ich bestätige, innerhalb der letzten drei Jahre vor der Antragsstellung bzw. ab 40 Jahren innerhalb der letzten zwei Jahre vor der Antragstellung eine **Vorsorgeuntersuchung** (VU) in Anspruch genommen zu haben oder erfolgreich am Programm **Selbständig Gesund** (Halber Selbstbehalt) teilzunehmen. *Die Teilnahme am Programm Selbständig Gesund ist nur für Gewerbetreibende und Neue Selbständige möglich. Der Nachweis über die absolvierte Vorsorgeuntersuchung kann auch nachgereicht werden.*
- Ich erkläre mich damit einverstanden, eine **einkommensabhängige Zuzahlung** zu leisten, welche im Zuge der Beitrags- oder Kostenanteilsvorschreibung eingehoben wird.
- **Datenschutz:** Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine **personenbezogenen Daten** (VSNR, Name, Adresse, Telefonnummer, E-Mail-Adresse, Gesundheitsdaten) bzw. die meines Kindes an den von der SVS berechtigten/beauftragten Vertragspartner (Hotel, Ärzte, Trainer, Therapeuten, Gesundheitsförderer) weitergeleitet und zu Evaluierungszwecken von diesem wieder an die SVS rückübermittelt werden. Diese Einwilligung zur Datenverarbeitung kann jederzeit ohne Angabe von Gründen per Mail unter dsb@svs.at oder per Post an die Sozialversicherung der Selbständigen, Wiedner Hauptstraße 84-86, 1051 Wien widerrufen werden. Bis zu einem allfälligen Widerruf bleibt die beschriebene Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten rechtmäßig. Informationen zur Verarbeitung Ihrer personenbezogenen Daten nach Art. 13 Datenschutzgrundverordnung finden Sie auf unserer Homepage unter svs.at/vvt
- **Haftungsausschluss:** Ich nehme zur Kenntnis, dass meine Teilnahme und die Teilnahme meines Kindes auf eigene Gefahr erfolgt und die SVS nicht für die Eignung der Teilnehmer am Bewegungs- und Untersuchungsprogramm verantwortlich ist, sowie jegliche Haftung für Schäden an Personen und Material seitens der SVS und deren beauftragten Personen ausgeschlossen ist.

Newsletter-Anmeldung: Ich möchte in Zukunft per E-Mail über aktuelle Neuerungen der SVS informiert werden. Sie können Ihre Newsletter-Anmeldung jederzeit unter svs.at/newsletterabmeldung widerrufen.

Mit meiner Unterschrift beantrage ich die Teilnahme am ausgewählten Gesundheitsangebot und akzeptiere die oben angeführten Bedingungen.

Wichtig!

- Bei **Ja-Antworten im nachfolgenden Gesundheitsfragebogen (ausgenommen Frage 11, 12 und 13)** wird vor dem Aufenthalt **eine Untersuchung beim Hausarzt dringend empfohlen, um die persönliche Eignung für eine Bewegungs- und Sportausübung abklären zu lassen.**
- **Eine Antragstellung ist ausschließlich über die SVS möglich!** Bitte übermitteln Sie den ausgefüllten Antrag und alle erforderlichen **Unterlagen** an das **Dienstleistungszentrum Sicherheit & Gesundheit**. Einfach, rasch und bequem können Sie dies mit **svsGO** erledigen. Melden Sie sich mit Ihrer Handysignatur an und laden Sie die Unterlagen unter dem Menüpunkt **Hilfe & Kontakt** mit einigen wenigen Klicks hoch. Gerne nehmen auch die **SVS-Kundencenter** Ihre Unterlagen entgegen.
- **Gesundheitszustand:** Bei Angaben zu **psychischen und körperlichen Erkrankungen oder Einschränkungen** im nachfolgenden Gesundheitsfragebogen, die eine aktive Teilnahme am Programm erschweren, kann der Antrag nicht bewilligt werden. **Änderungen des gesundheitlichen Zustandes** bzw. der oben erwähnten Angaben gebe ich der SVS vor Antritt des Gesundheitsangebotes bekannt.
- **Bewilligung:** Vor der Bewilligung ist der Betreuungs- und Pflegebedarf Ihres Kindes durch das Gesundheitshotel zu evaluieren. Erst nach diesem Abstimmungsprozess kann eine Bewilligung durch die SVS ausgesprochen werden.

Datum / Unterschrift



Gesundheitsfragebogen Antragsteller

Vor- und Nachname: _____ VSNR: _____

Angaben zu Ihrem Gesundheitszustand

1. Wie würden Sie Ihren gegenwärtigen Gesundheitszustand beschreiben („Schulnotensystem“)?

1=sehr gut 2=gut 3=mittelmäßig 4=eher schlecht 5=sehr schlecht

2. Hatten Sie Behandlungen, Operationen, Unfälle in den letzten 12 Monaten?

nein
 ja, folgende: _____

3. Leiden Sie an chronischen Erkrankungen/Beschwerden?

nein
 ja, an folgender/folgenden (Zutreffendes bitte ankreuzen):

- Herz-Kreislaufkrankung (KHK, Herzinsuffizienz, Herzinfarkt, etc.)
- Gefäßerkrankung (Aneurysma, Lungenembolie, Thrombose, Schlaganfall)
- Therapiepflichtige offene Wunden (z.B. Ulcus Cruris)
- Krebserkrankung
- Atemwegserkrankung (COPD, Asthma, chron. Husten, Atemnot)
- Diabetes
- Morbus Bechterew
- Bandscheibenvorfall oder Wirbelsäulenfehlstellung mit körperlichen Einschränkungen
- Narben- oder Bauchwandbruch
- Netzhautablösung
- chron. Gelenkentzündungen (Rheuma, Arthritis)
- Osteoporose (80% Knochendichte des Altersdurchschnitts)
- Epilepsie, letzter Anfall: _____ letzte Kontrolle: _____
- Sonstige: _____

4. Leiden Sie an einer psychischen Erkrankung?

nein ja, an folgender: _____

Stehen bzw. standen Sie in regelmäßiger psychotherapeutischer Behandlung?

nein ja, seit _____ bis _____

Standen Sie bereits in psychiatrischer/neurologischer Behandlung (Ordination oder Spital)?

nein ja, die letzte Behandlung war _____

Haben Sie schon einmal eine psychiatrische Rehabilitation absolviert?

nein ja, und zwar im Jahr _____

5. Leiden Sie an Bluthochdruck? nein ja

6. Nehmen Sie Blutdruck-Medikamente? nein ja, die folgenden:

7. Beträgt Ihr Blutdruck (mit oder ohne Einnahme von Blutdruck-Medikamenten) dauerhaft oder wiederholt über 140 / 90 mm Hg?
 nein ja, meine Werte liegen oft/ meistens meist bei ____ / ____ mm Hg

Wichtig: Ein normaler Blutdruck bzw. medikamentös gut eingestellter Bluthochdruck ist für die problemlose Teilnahme am Bewegungsprogramm unbedingt erforderlich.

8. Nehmen Sie derzeit andere Medikamente?
 nein ja, welche und wofür:

9. Hat Ihnen jemals ein Arzt Bewegung und Sport nur unter medizinischer Kontrolle empfohlen?
 nein ja

10. Haben Sie Brustschmerzen bei körperlicher Belastung?
 nein ja

11. Körperangaben:
Gewicht: ____ kg, Größe: ____ cm
Bauchumfang (in Bauchnabel-Höhe gemessen): ____ cm

12. Sind Sie allgemein in der Lage und motiviert, an einem ganztägigen Vortrags- bzw. Bewegungsprogramm mitzumachen?
 nein ja

13. Fühlen Sie sich in der Lage an folgendem Bewegungsprogramm mitzumachen?

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| • Moderates Ausdauertraining (z.B. Eine Stunde Gehen im leicht hügeligen Gelände) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Mehrmals pro Woche verschiedene Bewegungsprogramme für jeweils ca. 60 – 120 min (z.B. Ausdauer- und Kräftigungseinheiten) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Wirbelsäulentraining/ Rückengymnastik | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Bewältigung einer Wegstrecke von mind. 2 km zu Fuß | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • Koordinationsübungen/Gleichgewichtsübungen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

14. Wird eine medizinisch begründete Diät benötigt (z.B. Glutenfreie Diät bei Zöliakie)?
 nein ja, folgende: _____

15. Sonstige Hinweise zum Gesundheitszustand

Datum, Unterschrift



Auskunftsbogen für das teilnehmende Kind

Vor- und Nachname: _____ VSNR: _____

Art der Beeinträchtigung des Kindes (nach Möglichkeit Diagnose)

- Geistige Beeinträchtigung/ Lernbeeinträchtigung
 Körperliche Beeinträchtigung: Handrollstuhl E-Rollstuhl
 Psychische Beeinträchtigung
 Sinnesbeeinträchtigung

Spezifische Beschreibung der Beeinträchtigung: _____

Allgemeine Angaben zum Kind

Größe: _____ Gewicht: _____

Schullaufbahn: (Mehrfachauswahl möglich)

- Kindergarten
 Volksschule
 Hauptschule / Neue Mittelschule
 Allgemeine Sonderschule
 Integrationsklasse
 Sonstige _____

Berufsausbildung (Werkstätte...) bzw. derzeitige Arbeitsstätte:

- Werkstätte/Tageswerkstätte einer Einrichtung (z.B. Lebenshilfe, Caritas, Jugend am Werk)
 Sonstige: _____

Derzeitige Betreuungssituation des Kindes:

- Kindergarten Hort Schule Arbeit Zuhause (ausschließlich)

Anmerkung: _____

Falls Fremdbetreuung: - Ausmaß in Stunden/Woche: _____

Durch wen erfolgt die Fremdbetreuung: _____

Hat Ihr Kind bereits alleine einen Urlaub, Kuraufenthalt und dergleichen absolviert?

- Nein Ja, (Art, Zeitraum): _____

Haben Sie bereits gemeinsam mit Ihrem Kind Urlaub, Kuraufenthalt und dergleichen absolviert?

- Nein Ja, (Art, Zeitraum): _____

Welche Form der Betreuung benötigt Ihr Kind während des Aufenthaltes?

Betreuung in Kleingruppe

1:1-Betreuung

1:2-Betreuung

Anmerkung:

Medikation und Hilfsmittel des Kindes:

Muss Ihr Kind regelmäßig Medikamente einnehmen?

Nein Ja Bitte vollständig anführen bzw. die zutreffende Tageszeit ankreuzen!

| Medikament | Dosierung (mg, ml...) | Früh | Mittag | Abend | Nacht |
|------------|-----------------------|------|--------|-------|-------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Medikamentenunverträglichkeiten: Nein Ja: _____

Werden unterstützende Hilfsmittel für das Kind benötigt?

Nein

Ja

Wenn ja, sollen diese unbedingt zum Aufenthalt mitgenommen werden!

Augenfolie

Blindenlangstock

Brille

Cochlea Implantat (CI)

Hörgerät (HdO)

Kindersitz

Kommunikationshilfe

Kontaktlinsen

Prothesen

Orthopädische Schuhe

Rampen für PKW

Rollator

Sitzschalen

Schutzhelm

Schwimmhilfen

E-Rollstuhl

Handrollstuhl

Zahnspange abnehmbar

Zahnspange festsitzend

Sonstige: _____

Benötigt Ihr Kind während des Aufenthaltes eine besondere Ausstattung der Unterkunft

(z.B. Duschsitz, Pflegebett, Duschrollstuhl, Hochstuhl, Kinderbett, Sturzmatte, Matratzenschutz)

Nein Ja

Wenn ja, welche _____

Krankheiten/Operationen/Beschwerden des Kindes:

Operationen: Nein Ja:

Organerkrankungen: Nein Ja:

Epilepsie/Absencen: Nein Ja: (Wie häufig?, Intensität?).....

Asthma: Nein Ja:

Allergien: Nein Ja:

Diät/Schonkost: Nein Ja:

Diabetiker: Nein Ja:

Ausgeprägte Lärmempfindlichkeit: Nein Ja:

Kinderkrankheiten: Nein Ja:

Anmerkungen/Ergänzungen zum Gesundheitszustand:

Impfschutz ist gegeben für

- | | | | |
|---------------------------------------|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Röteln | <input type="checkbox"/> Meningokokken | <input type="checkbox"/> Tetanus | <input type="checkbox"/> Influenza |
| <input type="checkbox"/> Pertussis | <input type="checkbox"/> Hepatitis A | <input type="checkbox"/> Diphtherie | <input type="checkbox"/> Poliomyelitis |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis B | <input type="checkbox"/> Mumps | <input type="checkbox"/> Haemophilus infl. B | |
| <input type="checkbox"/> Pneumokokken | <input type="checkbox"/> Masern* | <input type="checkbox"/> FSME | |

**Für die Teilnahme am Gesundheitsangebot muss eine Masernimpfung bzw. der Immunstatus gegen Masern (Masern-Antikörper-Titer) nachgewiesen werden. Bitte legen Sie den entsprechenden Nachweis dem Antrag bei.*

Die Sozialversicherungsanstalt der Selbständigen übernimmt für eventuell auftretende Erkrankungen im Zusammenhang mit einem fehlenden Impfschutz keine Verantwortung!

Soziale Verhaltensweisen des Kindes:

Einhalten von sozialen Regeln: nein ja teilweise

Beschreibung:

Nähe- und Distanzverhalten: unauffällig auffällig

Beschreibung:

Umgang mit Fremden: unauffällig auffällig

Beschreibung:

Umgang mit Stresssituationen: unauffällig auffällig
 Beschreibung:

Konfliktverhalten: unauffällig zieht sich eher zurück reagiert heftig
 Beschreibung:

Aggressionen gegen: sich andere Gegenstände
 Sind Auslöser für aggressives Verhalten bekannt? Wenn ja, welche?

Weitere Bemerkungen zum allgemeinen (Sozial-)Verhalten

| Lebenspraktische Fähigkeiten des Kindes: | | JA | NEIN |
|---|--|--------------------------|--------------------------|
| Selbstversorgung | sich selbständig waschen und abtrocknen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sich kleiden | selbständiges An-/Ausziehen von Kleidung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Toilettengang | selbständige Benutzung der Toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Benutzung der Toilette mit Hilfe möglich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | (In-)Kontinenzeinlagen/Windeln | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Essen | selbständiges Essen mit Essbesteck | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Nahrungsmittel in Stücke schneiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | selbständig Essen zum Mund führen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| selbständig Trinken | aus der Flasche | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | mit dem Strohhalm | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | aus dem Glas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kommunikation | versteht Gesprochenes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | kann sich selbst mitteilen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehen | Auf kurzen Entfernungen möglich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Schwimmen | selbstständiges Schwimmen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | mit Schwimmhilfe | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | geht nicht ins Wasser | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

*(wenn nein, bitte die Hilfestellung unter den Anmerkungen näher beschreiben)

Platz für Anmerkungen / Hilfestellungen beschreiben:

Sonstiges, Anmerkungen zu den Interessen des Kindes, Wünsche an den Aufenthalt...

Erforderliche Unterlagen

- Bitte legen Sie, wenn vorhanden, aussagekräftige **Befunde und Entlassungsberichte** vom teilnehmenden Kind bei.

.....
 Ort, Datum

.....
 Unterschrift des Antragstellers/der Antragstellerin