



Anmeldung zur Aufnahme

Datum:

 Vollstationäre Pflege

ab:

 Kurzzeitpflege

von:

bis:

Ankunft (Uhrzeit):

Abholung (Uhrzeit):

Grund des Aufenthaltes in der Einrichtung:

Name, Vorname:

Geb.-Name:

Geb.-Datum:

Geb.-Ort:

Familienstand:

ledig

verheiratet

verwitwet

geschieden

Konfession:

Bisherige Adresse

Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Klinik, Reha)

Name, Vorname:

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

PLZ, Ort:

Telefon:

Telefon:

Angehöriger | Betreuer

Angehöriger | Betreuer

Name, Vorname:

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

PLZ, Ort:

Telefon:

Telefon:

E-Mail:

E-Mail:



Anmeldung zur Aufnahme

Datum:

Name, Vorname:

Hausarzt

Name:

Fachrichtung:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

ggf. Facharzt 1

Name:

Fachrichtung:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

ggf. Facharzt 2

Name:

Fachrichtung:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

Kranken- /Pflegekasse

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Vers.-Nr.:

PFLEGEGRAD:

1

2

3

4

5

keine

Antrag gestellt

 Bestehen folgende
 Vorsorgevereinbarungen?

Vorsorgevollmacht

Patientenverfügung

Gesetzliche Betreuung



Anmeldung zur Aufnahme

Datum:

Name, Vorname:

Werden Sie vom ambulanten Dienst betreut?
 ja

 nein

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Sind Sie in Behandlung bei einem:
 Physiotherapeut / Krankengymnastik

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

 Ergotherapeut

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Nehmen Sie ?:
 Gerinnungshemmer

Haben Sie ?:
 Diabetes

 einen Herzschrittmacher

 Allergie gegen bestimmte Medikamente

 Sonstige Allergien

 Ansteckende Krankheiten

 Keimerkrankungen

 Asthma

 Epilepsie

 Demenz

 Sauerstoffversorgung

 Insulinpflichtig

 MRSA

 sonstige



Anmeldung zur Aufnahme

Datum:

Name, Vorname:

Besteht eine Einschränkung der Mobilität?

- nein
- ja, welche? Gehstock Rollator Rollstuhl

Besteht ein Sturzrisiko?

- ja nein

Besteht eine Hin-/Weglauf-Tendenz?

- ja nein

Liegen Einschränkungen beim Toilettengang vor?

- Begleitung zur Toilette Inkontinenzhilfen Katheter

Welche Pflegemaßnahmen müssen durchgeführt werden?

- Hilfe beim Gehen Hilfe beim An-/Ausziehen Hilfe beim Essen
- Wundversorgung Hilfe bei der Körperpflege Medikamente

Welche Hilfsmittel benötigen Sie?

- Pflegebett Wechseldruckmatratze Inkontinenzhilfen
- Toilettensitzerhöhung Urinflasche Lifter
- Duschstuhl Bettgalgen

Haben Sie Interesse an der Vermittlung von zusätzlichen Leistungen?

- Physiotherapie Ergotherapie Friseurbesuche
- medizinische Fußpflege Veranstaltungsangebote



Anmeldung zur Aufnahme

Datum:

Name, Vorname:

Welche Lebensgewohnheiten liegen Ihnen besonders am Herzen?

Wie sieht Ihr Tagesablauf zu Hause aus?

Haben Sie besondere Vorlieben oder Hobbys?

... sonstige Informationen?
