

ANMELDUNG ZUR AUFNAHME



Datum:

☐ **Vollstationäre Pflege** ab:

☐ **Kurzzeitpflege** von: bis:
Ankunft zwischen 10:00 - 11:30 Uhr Abreise nach Vereinbarung

Grund des Aufenthaltes in der Einrichtung:

Name, Vorname:

Geb.-Name: ☐ Rechnungsempfänger

Geb.-Datum: Geb.-Ort:

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden

Konfession:

Derzeitiger Wohnsitz

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

1. Angehöriger/Betreuer ☐ Rechnungsempfänger

Name, Vorname:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Verwandschaftsgrad: ☐ gesetzlicher Betreuer/gesetzliche Betreuerin

2. Angehöriger/Betreuer ☐ Rechnungsempfänger

Name, Vorname:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Telefon: Mobil:

E-Mail:

Verwandschaftsgrad: ☐ gesetzlicher Betreuer/gesetzliche Betreuerin

Name, Vorname:

ANMELDUNG ZUR AUFNAHME

Kranken-/Pflegekasse

Name:

Vers.-Nr.:

Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Antrag gestellt

Sonstiges

Beihilfeberechtigung ☐ ja, Beihilfe Prozent _____ ☐ nein

Rezeptgebührenbefreiung ☐ ja ☐ nein

Wurden in diesem Jahr bereits Leistungen der Kurzzeit- oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen?

Kurzzeit- und Verhinderungspflege ☐ ja, _____ Tage, _____ € ☐ nein

Finanzen

☐ Selbstzahler

☐ Kostenübernahme durch Sozialamt/Sozialhilfe: _____, Aktenzeichen: _____

Vorsorge:

☐ Patientenverfügung

☐ Vorsorgevollmacht

☐ Bestattungsvorsorge

Hausarzt

Praxis: Name:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Telefon:

ggf. Facharzt 1

Praxis: Name:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Telefon:

ggf. Facharzt 2

Praxis: Name:

Straße, Nr.: PLZ, Ort:

Telefon:

Name, Vorname:

ANMELDUNG ZUR AUFNAHME

Werden Sie vom ambulanten Dienst betreut?

☐

ja

☐

nein

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Sind Sie in Behandlung bei einem:

☐

Physiotherapeut/Krankengymnastik

☐

Ergotherapeut

Praxis:

Praxis:

Straße, Nr.:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

PLZ, Ort:

Nehmen Sie?

☐

Gerinnungshemmer:

Haben Sie?

☐

Allergien gegen Medikamente:

☐

Sonstige Allergien:

☐

Ansteckende Krankheiten/Infektionen:

☐

MRSA/ORSA

☐

Hepatitis

☐

HIV

☐

Sonstige:

☐

Diabetes

☐

Insulinpflichtig

☐

Herzschrittmacher

☐

Asthma

☐

Insulinpflichtig

☐

Epilepsie

☐

Demenz

☐

Sauerstoffversorgung

Besteht eine Einschränkung der Mobilität?

☐

nein

☐

ja, welche?

☐

Gehstock

☐

Rollator

☐

Rollstuhl

Besteht ein Sturzrisiko?

☐

ja

☐

nein

Besteht eine Hin-/Weglauf-Tendenz?

☐

ja

☐

nein

Name, Vorname:

ANMELDUNG ZUR AUFNAHME

Besteht eine Einschränkung der Orientierung?

- ☐ nein
- ☐ ja, welche?
- ☐ örtlich (wo befinde ich mich?)
 - ☐ zeitlich (welcher Tag, Uhrzeit?)
 - ☐ situativ (was passiert gerade?)
 - ☐ zur Person

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?

- ☐ Physiotherapie²
- ☐ Ergotherapie
- ☐ Friseurbesuche
- ☐ medizinische Fußpflege
- ☐ Veranstaltungsangebote

² Die Vermittlung von Physiotherapie ist ausschließlich im Rahmen der vollstationären Pflege möglich.

Sonstiges:

Name, Vorname:

ANMELDUNG ZUR AUFNAHME

Welche Lebensgewohnheiten liegen Ihnen besonders am Herzen?

Wie sieht Ihr Tagesablauf zu Hause aus?

Haben Sie besondere Vorlieben oder Hobbys?

... sonstige Informationen?

Name, Vorname:

ANMELDUNG ZUR AUFNAHME

Datenschutz & Hinweise zur Anmeldung

Bitte füllen Sie dieses Anmeldeformular vollständig und wahrheitsgemäß aus.

Die Angaben dienen der internen Vorbereitung und Einschätzung einer möglichen Aufnahme und sind unverbindlich.

Unsere Einrichtung arbeitet mit einem offenen Wohnkonzept.

Aus diesem Grund ist eine Aufnahme von Personen mit ausgeprägter Demenz und/oder starker Hin- bzw. Weglauftendenz leider nicht möglich. Diese Information dient der Sicherheit aller Bewohnerinnen und Bewohner und der realistischen Einschätzung im Rahmen der Anmeldung.

Die im Formular erhobenen personenbezogenen Daten werden gemäß den geltenden Datenschutzbestimmungen (DSGVO) ausschließlich zur Bearbeitung dieser Anmeldung sowie zur pflegerischen und organisatorischen Vorbereitung verwendet.

Ort, Datum

Unterschrift Interessent, Betreuer oder Bevollmächtigter