

ANMELDUNG

<input type="checkbox"/> Frau / <input type="checkbox"/> Herr	
Nachname	
ggf. Geburtsname	
Vorname	
Geburtsdatum/ - Ort	
Familienstand/seit:	
Konfession:	
Nationalität:	
aktuelle Adresse:	Straße, Nr.
	PLZ, Ort
Kommen Sie selbst für die Heimkosten auf?	<input type="radio"/> ja, ich bin Selbstzahler <input type="radio"/> nein, das Sozialamt wird die Kosten tragen Bitte versäumen Sie nicht, gleichzeitig mit der Anmeldung bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zu stellen. Stellen Sie zusätzlich ggf. einen entsprechenden Antrag bei Ihrem zuständigen Sozialamt.
Hausarzt:	
Adresse v. Hausarzt	
Dürfen notwendige Impfungen durch unseren Hausarzt durchgeführt werden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerbehindertenausweis vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Zuzahlungsbefreit?	<input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis beilegen) <input type="checkbox"/> nein
Krankenkasse:	
Adresse d. Krankenkasse	
Telefon	Fax:
Mitglieds-Nr.	
Freihaltegebühr:	20,- € fällig ab 3. Tag nach geplantem Einzug
Absage des Termins:	Die Absage hat mind. 7 Tage vor Einzug zu erfolgen
	50,- pausch. Verwaltungsgebühr bei kurzfr. Absage

Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 5
Bestehen gerichtliche Betreuungen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
ggf. Name und Anschrift des Betreuers	
Benachrichtigung im Fall des Todes:	

gewünschter Aufnahmetermin:

Kurzzeit- / Verhinderungspflege: von: bis
 Vollstationär ab:
 Einzelzimmer **Zweibettzimmer**

Bewohnerwäsche wird aus hygienischen Gründen im Haus gewaschen.
(einmalig pauschal 50,- €).

Bei Mitbringen eines Elektrogerätes muss eine aktuelle Elektroprüfung vorliegen.

wichtige Angehörige:

1.	1. Name / Vorname		
	Verwandtschaftsverhältnis:		
	Anschrift:	Straße, Nr.	
		PLZ, Ort	
	Telefonnummer / Handy		
E-Mail:			
2.	2. Name / Vorname		
	Verwandtschaftsverhältnis:		
	Anschrift:	Straße, Nr.	
		PLZ, Ort	
	Telefonnummer / Handy:		
E-Mail:			

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Betreuer

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Zur Heimaufnahme

zum Kurzzeitpflegeaufenthalt

Name, Vorname

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Ärztliche Verordnungen / Medikamente:

.....
.....
.....

Ärztliche Diagnosen:

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Körperlicher Zustand/Krankheiten

Körpergröße:cm Körpergewicht:kg

Dekubitus nein ja Wo:.....

Kontraktur nein ja Wo:.....

Wundverhältnis nein ja Wo:.....

Ansteckende
Krankheit nein ja Welche:.....

.....

Frei von ESBL ja nein
 Frei von ORSA ja nein
 Bestehen Sucht-krankheiten? ja nein Falls ja, welche?

Frei von MRAB ja nein
 Frei von MSRA ja nein

Liegen psychische Störungen vor? ja nein Falls ja, welche?

Corona Schutzimpfung? ja nein Falls ja, wann/welche?

Bewusstsein/Kommunikation

Orientierungsstörungen?

Artikulations-/Sprachstörungen?.....

Mobilität

	KH	A	B	U	TÜ	VÜ	Bettlägerig: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sitzen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gehen/Stehen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Lagerung:
Bett aufsuchen/verlassen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umlagern im Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Vitalfunktionen:

Atmung:

Tubus, Gr. seit absaugen der Atemwege nach Bedarf

Pneumonie Gefahr durch:

RR/P:

Waschen

	KH	A	B	U	TÜ	VÜ
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Duschen/Baden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kämmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mundhygiene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Essen und Trinken

Kostform: Sonde: ja nein
 ml/Tag: Art:.....
 Schluckstörungen: ja nein Nahrung:.....
 Ernährungszustand: Menge ml/h
 Kontrolle der Flüssigkeitsaufnahme? ja nein
 Kontrolle der Nahrungsaufnahme? ja nein

	KH	A	B	U	TÜ	VÜ
Flüssigkeitsaufnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mundgerechte Zubereitung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ausscheidungen:

Selbstständige Toilettennutzung: ja nein
 Harninkontinenz ja nein
 ja nein, liegt seit:
 Blasenverweilkatheter suprapubisch transurethral CH:
 Stuhlinkontinenz ja nein
 Obstipation Diarrhöe
 Neigt zu IKM:

Kleiden

	KH	A	B	U	TÜ	VÜ
Ankleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gewohnheiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ruhen und Schlafen

Schlafgewohnheiten:.....

Sonstiges:

Hilfsmittel:

- Brille Toilettenstuhl Rollstuhl Rollator Gehhilfe
 Hörgerät rechts links Dusch-/Badeeinsatz AD-Matratze
 Zahnprothese oben unten Toilettenaufsatz

Sollten sich bis zum Einzug Änderungen ergeben - auch, ob Infektionen festgestellt werden, sind diese rechtzeitig vor Einzug dem Pflegeheim mitzuteilen.
Werden diese wichtigen Informationen nicht angezeigt, wird das Pflegeheim diese Person kostenpflichtig an die entlassene Stelle wieder zurückschicken.

Ort, Datum

Stempel & Unterschrift des Arztes

Bescheinigung gem. § 35 (5) Infektionsschutzgesetz

_____ Geb.-Datum: _____
Name, Vorname

Anschrift

Ist der Antragsteller frei von ansteckenden Krankheiten? ja nein

Liegt eine ansteckende Tuberkulose der Atmungsorgane vor? ja nein

„(4) Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 bis 5 des Heimgesetzes oder in eine Gemeinschaftsunterkunft für Obdachlose, Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.“

Eine Röntgenaufnahme ist wegen der Infektionsprävalenz mit Tuberkulosebakterien **nur** für die Aufnahme in eine Einrichtung für Flüchtlinge, Asylbewerber oder anderer erforderlich.

Datum / Stempel und Unterschrift des Arztes

	Geburtsdatum:	Nach-/Vorname:	Seniorenpflege Bertoldsheim GmbH, Tel. 08434-9420 Am Schloßberg 6, 86643 Bertoldsheim
--	----------------------	-----------------------	--

Biografie

Familiäre Situation

Lebenspartner:			
Kinder:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Anzahl:	wohnen alle/teils <input type="checkbox"/> am Ort <input type="checkbox"/> in der Nähe <input type="checkbox"/> weit weg
<i>Besonderen Bezug zu:</i>			
Bemerkungen:			
Weitere Angehörige:			
<i>Besonderen Bezug zu:</i>			
Bemerkungen:			

Schulbildung/Ausbildung/Tagesgestaltung
--

Schulabschluss:	Studium:	Berufsausbildung:
Beruflicher Werdegang:		
Derzeitiges Verhältnis zu Arbeit/Besch.:		
bisherige Tagesgestaltung:		

Kommunikation

<input type="checkbox"/> ist gern in Gesellschaft	<input type="checkbox"/> ist lieber allein	<input type="checkbox"/> mangelnde Kommunikation aufgrund bisheriger Isolation
<input type="checkbox"/> großer Freundeskreis	<input type="checkbox"/> großer Bekanntenkreis	<input type="checkbox"/> ausgeprägtes Vereinsleben <input type="checkbox"/> Stammtisch

	Geburtsdatum:	Nach-/Vorname:	Seniorenpflege Bertoldsheim GmbH, Tel. 08434-9420 Am Schloßberg 6, 86643 Bertoldsheim
--	----------------------	-----------------------	--

Biografie

<input type="checkbox"/> Gruppenreisen	<input type="checkbox"/> Individualreisen	<input type="checkbox"/> Studienreisen	<input type="checkbox"/> Busreisen
<input type="checkbox"/> politisch interessiert	<input type="checkbox"/> Kirchenarbeit	<input type="checkbox"/> Ehrenämter	
<input type="checkbox"/> Diskussionsabende	<input type="checkbox"/> Skatabend	<input type="checkbox"/> Kino	<input type="checkbox"/> Theater
Bemerkungen:			

Verhaltensweisen

<input type="checkbox"/> sportlich	<input type="checkbox"/> gesundheitsbewusst	<input type="checkbox"/> modebewusst	<input type="checkbox"/> körperbewusst	<input type="checkbox"/> geschlechtsbewusst
<input type="checkbox"/> Tagmensch	<input type="checkbox"/> Nachtmensch	<input type="checkbox"/> Führungsnatur	<input type="checkbox"/> immer beschäftigt	<input type="checkbox"/> gern allein
<input type="checkbox"/> introvertiert	<input type="checkbox"/> extrovertiert	<input type="checkbox"/> lebhaft	<input type="checkbox"/> mitteilksam	<input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> laut
<input type="checkbox"/> ordnungsliebend	<input type="checkbox"/> fröhlich	<input type="checkbox"/> ängstlich	<input type="checkbox"/> mutig	<input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> gesellig
Bemerkungen:				

Lebenslauf / Lebensweise

(Familie, Geschwister, Schule, Ausbildung, Beruf, Wohnung, prägnante Ereignisse, Werte, Krisen, Erkrankungen, ...)

Gewohnheiten

frühere Interessen/Gewohnheiten	jetzige Möglichkeiten

BENÖTIGTE UNTERLAGEN KURZZEIT- / VERHINDERUNGSPFLEGE

Vor Einzug in der Verwaltung abgeben:

- Anmeldung zur Heimaufnahme, ärztlicher Fragebogen und Biografiebogen ausgefüllt und unterschrieben mitbringen
 - Einstufungs- und Bewilligungsbescheid der Pflegekasse in Kopie
 - gerichtliche Bestellsurkunde, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung - in Kopie
 - gegebenenfalls Anspruch auf Sozialhilfe klären
 - Befreiungsausweis über die Zuzahlung von Arzneimitteln
 - Krankenversichertenkarte
 - Personalausweis, Schwerbehindertenausweis
 - Bestattungsinstitut
 - Coronaschutz-Impfnachweise und Impfpass
-

Bei Einzug mitzubringen:

- die aktuelle Medikamentenverordnung und Medikamente für den gesamten Aufenthalt
 - persönliche Wäsche und Bekleidung ausreichend für eine ganze Woche (mind. 10 Stück von jedem Wäschestück)
 - saisonbedingte Kleidung
 - geschlossene Hausschuhe, Straßenschuhe
 - Inkontinenzartikel für den gesamten Aufenthalt
 - Toilettenartikel (Kamm, elektr. Rasierer, elektr. Zahnbürste usw.)
 - Zahnputzbecher, Prothesenbecher, Rasierer bitte kennzeichnen
 - Pflegehilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Rollator, Prothesen, Toilettenstuhl, Gehhilfen etc.) mit Namen kennzeichnen
 -
-

BENÖTIGTE UNTERLAGEN VOLLSTATIONÄR

Vor Einzug in der Verwaltung abgeben:

- Anmeldung zur Heimaufnahme, ärztlicher Fragebogen und Biografiebogen ausgefüllt und unterschrieben mitbringen
 - Einstufungsbescheid der Pflegekasse - in Kopie
 - gerichtliche Bestellsurkunde, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung - in Kopie
 - gegebenenfalls Anspruch auf Sozialhilfe klären
 - Ab- bzw. Ummeldung des Wohnortes bei der Gemeinde Rennertshofen nach der Heimaufnahme – erst nach Heimaufnahme
 - Änderung der Anschrift bei der Krankenkasse
 - Rentenbescheide in Kopie
 - Befreiungsausweis über die Zuzahlung von Arzneimitteln
 - Krankenversichertenkarte
 - Personalausweis, Schwerbehindertenausweis
 - Bestattungsinstitut
 - Coronaschutz-Impfnachweise und Impfpass
-

Bei Einzug mitzubringen:

- Abklärung, ob der bisherige Hausarzt weiterhin die Behandlung übernimmt
 - die aktuelle Medikamentenverordnung und Medikamente für die ersten drei Werktage
 - persönliche Wäsche und Bekleidung (mind. 10 Stück von jedem Wäschestück), geschlossene Hausschuhe (keine Bettwäsche, Handtücher)
 - persönliche Gegenstände (kleinere Möbelstücke, Bilder, Radio u.TV mit aktueller Elektroprüfung, usw. (bei Zimmerräumung ist alles wieder mit zu nehmen)
 - Toilettenartikel (Kamm, elektr. Rasierer, elektr. Zahnbürste usw.), Inkontinenzartikel für die ersten 4 Wochen
 - Zahnputzbecher, Prothesenbecher, Rasierer bitte kennzeichnen
 - Pflegehilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Rollator, Toilettenstuhl, Gehhilfen etc.) mit Namen kennzeichnen
 - Aktivierungsbox (Schuhkarton mit persönlichen Erinnerungen - z.B. Rosenkranz, Stricksachen, Bilder, Gesangbuch, Tücher, Lieblingszeitung, Engel usw. (**jedoch keine Wertgegenstände**))
-