

## Anmeldung zur Kurzzeitpflege/Heimaufnahme

### 1. Personendaten des zukünftigen Bewohners:

Vor- und Zuname (Geburtsname): \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Verw. seit: \_\_\_\_\_

Konfession:  RK  EV. andere \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Telefon (privat, mobil) \_\_\_\_\_

kommt aus

häuslichem Bereich  Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Wurden Sie bereits vom MDK besucht?  ja  nein

Welchem Pflegegrad sind Sie zugeordnet?  2  3  4  5

Seit wann? (lt. Leistungsbescheid) \_\_\_\_\_

Kognitive Verfassung?  orientiert  zeitweise orientiert  desorientiert

Bestehen bei Ihnen Allergien?  ja  nicht bekannt

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Kontinent   
Inkontinent  Stuhl  Harn

Freiheitsentziehende Maßnahmen?  ja (evt. Unterlagen mitgeben)  nein

Folgende Hilfsmittel (Leihmittel der Krankenkasse) werden bei Einzug mitgebracht:

Rollstuhl  Toilettenstuhl  Rollator  Matratze  O2 Gerät  Gehstock

Haben Sie einen Herzschrittmacher?  ja  nein

Haben Sie eine Patientenverfügung?  ja  nein

Fußpflege \_\_\_\_\_

Frisör \_\_\_\_\_

Wäscheversorgung \_\_\_\_\_

## 2. Kontaktpersonen:

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon (privat, mobil, dienstlich) \_\_\_\_\_

weitere Kontaktpersonen: \_\_\_\_\_

Besteht eine **Vorsorgevollmacht** bzw. **Generalvollmacht**?

Ausgestellt auf (Name): \_\_\_\_\_

Oder eine **gesetzliche Betreuung**?

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ bestellt seit: \_\_\_\_\_

Wirkungskreis :  Vermögenssorge  Aufenthaltsbestimmung  Gesundheitsfürsorge

## 3. Krankenkasse:

Name: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Versichertenr.: \_\_\_\_\_

Sind Sie von der Medikamentengebühr befreit?  ja  nein

Haben Sie eine Zusatzkrankenversicherung?  ja  nein

## 4. Ärzte:

Hausarzt: Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Zahnarzt: Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Neurologe: Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Augenarzt: Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Sonstiger: Name: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

**5. Zimmerwunsch:**

Gewünscht wird:  Heimaufnahme  Kurzzeitpflege

Gewünscht wird:  Einzelzimmer  Doppelzimmer

ab Datum/Zeitraum: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**6. Weitere Kostenträger:**

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

Rente Euro \_\_\_\_\_  
 Vermögen Euro \_\_\_\_\_  
 Sozialhilfeantrag gestellt am \_\_\_\_\_

Einverständniserklärung Veröffentlichung Fotos  ja  nein

Biografiebogen ausgehändigt  ja  nein

Erforderlichkeitsbescheinigung für vollstationäre Pflege bzw.  
Kostenzusage der Pflegekasse für Kurzzeitpflege liegt vor  ja  nein

Datum:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des zukünftigen Bewohners

## Ärztlicher Fragebogen:

Bitte vom Hausarzt ausfüllen lassen!

Name des Patienten: \_\_\_\_\_

### Medizinische Diagnosen:

---

---

---

---

---

---

---

### Orientierung:

- Ist Ihr/e Patient/in orientiert?       ja                       zeitweise                       nein
- Wenn zeitweise oder nein:       zeitlich                       örtlich                       zur Person  situativ
- Ist Ihr/e Patient/in aggressiv?       ja                       nein
- Ist Ihr/e Patient/in unruhig und/ oder neigt er/sie zum Weglaufen?  
 nein                       ja                       am Tag  in der Nacht
- Er / Sie ist frei von **ansteckenden** Krankheiten (Hepatitis, Tuberkulose)       ja  nein
- Er / Sie ist inkontinent       ja  nein
- Eine stationäre Unterbringung ist erforderlich       ja                       nein

Datum:

\_\_\_\_\_  
Stempel/Unterschrift des Arztes