

**Angebote in der Pflege**

**S7.1**

**Leistungserbringung**

**S7.1.2.**

**Anmeldung ins Pflegeheim**

**S7.1.2.1**

## **Anmeldung zur Heimaufnahme**

(Bitte alle Fragen vollständig, leserlich und wahrheitsgemäß beantworten!)

### **Persönliche Daten**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_  
Geburtsname: \_\_\_\_\_ Aka. Grad: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_  
Standesamt, Nr. \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Jetzige Hauptwohnung: \_\_\_\_\_  
ggf. Tel.- Nr.: \_\_\_\_\_  
derzeitiger Aufenthalt \_\_\_\_\_

### **Biografische Angaben**

Beruf (erlernter) \_\_\_\_\_ Beruf (zuletzt ausgeübt): \_\_\_\_\_  
Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
Eheschließungstag: \_\_\_\_\_ Eheschließungsort \_\_\_\_\_  
Standesamt, Nr: \_\_\_\_\_ Geschieden seit: \_\_\_\_\_

Bei Ledigen. Kennzeichen des Familienbuches der Eltern, Standesamt des Führungsorts:

*\*Die Angaben auf Seite 1 werden zur Meldung gemäß § 30 Personenstandsgesetz (PStG) benötigt.*

### **Angehörige**

Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer, Verwandtschaftsverhältnis

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Angebote in der Pflege**

**S7.1**

**Leistungserbringung**

**S7.1.2.**

**Anmeldung ins Pflegeheim**

**S7.1.2.1**

**Betreuer bzw. Bevollmächtigter**

Falls vorhanden, gerichtlich bestellter Betreuer: Name, Vorname, Anschrift und Tel.-Nr.

Falls kein Betreuer vorhanden, wurde eine gerichtliche Betreuung angeregt:  ja  nein

Falls vorhanden, Bevollmächtigter: Name, Vorname, Anschrift und Tel.- Nr.

**Sozialversicherung und ärztliche Versorgung**

Kranken- und Pflegekasse:

Name der Kranken- bzw. Pflegekasse, Anschrift und Tel.-Nr.

Mitgliedsnummer:

Pflegegrad:

Hausarzt:

Name, Praxisanschrift und Tel.-Nr.:

Befreiung von der Zuzahlung bei Medikamenten liegt vor:  ja  nein

**Einkommensverhältnisse**

Monatliches Einkommen: \_\_\_\_\_ Euro

Altersrente: \_\_\_\_\_ Euro

Witwenrente \_\_\_\_\_ Euro

sonstige Rente: \_\_\_\_\_ Euro

**Bankverbindung**

IBAN:

BIC:

Bankinstitut

**Angebote in der Pflege**

**S7.1**

**Leistungserbringung**

**S7.1.2.**

**Anmeldung ins Pflegeheim**

**S7.1.2.1**

**Angaben zur Bestattungsvorsorge**

Bestattungsvorsorgevertrag vorhanden:  ja  nein

Gewähltes Bestattungsinstitut: \_\_\_\_\_

Nachlassbevollmächtigter: \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift, Tel.-Nr

**Unterbringungswünsche s. Voranmeldung oder mögliche Änderung**

Einzelzimmer  Doppelzimmer

Gewünschter Einzugstermin: \_\_\_\_\_

Diese Anmeldung ist unverbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der Ärztliche Fragebogen ist der Anmeldung beizufügen.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Aufnahmebewerbers bzw. seines Vertreters

**Datenschutzhinweis:**

Die von Ihnen angegebenen Daten werden nur für die Bearbeitung Ihrer Anfrage durch uns gespeichert, genutzt und verarbeitet. Es erfolgt keine Weitergabe an Dritte.

Angebote in der Pflege

S7.1

Leistungserbringung

S7.1.2.

Ärztlicher Fragebogen

S7.1.2.1

## Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Die Angaben sollen sich auf den Gesundheitszustand des zukünftigen Bewohners beziehen, so wie er bei der letzten Untersuchung durch den Hausarzt festgestellt wurde! Für spätere und ihm unbekannte Veränderungen trägt der Hausarzt keine Verantwortung!

Name, Vorname:		Geburtsdatum:	
----------------	--	---------------	--

### Benötigt der Klient Hilfen beim:

	nein	gelegentlich	häufig	ständig
Gehen				
Treppen steigen				
Essen				
Waschen				
Ankleiden				
Frisieren/ Rasieren				
Aufstehen (aus d. Bett)				
Zu Bett gehen				
Benutzen der Toilette				

### Ist der Klient:

- zeitlich desorientiert?  ja  nein
- örtlich desorientiert?  ja  nein
- persönlich desorientiert?  ja  nein
- situativ desorientiert?  ja  nein

**Treten nachts Unruhezustände auf?**  ja  nein

<b>Angebote in der Pflege</b>	<b>S7.1</b>
<b>Leistungserbringung</b>	<b>S7.1.2.</b>
<b>Ärztlicher Fragebogen</b>	<b>S7.1.2.1</b>

**Ist der Klient bettlägerig?**  ja  nein

**Liegt Inkontinenz vor?**

➤ Stuhlinkontinenz  ja  nein

➤ Harninkontinenz  ja  nein

Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)?

---

---

---

---

---

---

---

---

Besteht eine Suchtkrankheit (wenn ja, welche)?

---

---

---

Bestehen körperliche Behinderungen (wenn ja, welcher Art)?

---

---

---

Liegen psychische Störungen vor (wenn ja, welcher Art)?

---

---

---

Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC? (wenn ja, bitte genau bezeichnen)

---

---

---

<b>Angebote in der Pflege</b>	<b>S7.1</b>
<b>Leistungserbringung</b>	<b>S7.1.2.</b>
<b>Ärztlicher Fragebogen</b>	<b>S7.1.2.1</b>

Diagnosen:


Welche Medikamente in welcher Dosierung müssen verabreicht werden?


Ist Diät/ Schonkost erforderlich? (wenn ja, welche?)


Sonstige Hinweise und Bemerkungen:


Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Hausarztes