

Anmeldung zur Aufnahme

Diese Anmeldung ist freiwillig und unverbindlich. Bitte, wenn möglich mit dem ärztlichen Gutachten abgeben.

Anmeldung am:	Geplanter Einzugstermin:
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	Geplanter Wohnbereich: Zimmer Nummer:

1. Persönliche Daten des Interessenten (entsprechend der polizeilichen Meldung)

Name:	Vorname:
Geburtsdatum:	Geburtsname:
Geburtsort:	Familienstand:
Staatsangehörigkeit:	Konfession:
Anschrift:	
Telefon Nr.	
Derzeitiger Aufenthalt (falls abweichend von Wohnanschrift):	
Telefon Nr.	Fax Nr.
Wohnungsauflösung erfolgt durch:	

Gründe für den Einzug:
Empfehlung durch:

2. Angehörige / Ansprechpartner

Angehöriger / Bevollmächtigter	Angehöriger / Bevollmächtigter
Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Anschrift:	Anschrift:
Telefon privat:	Telefon privat:
Telefon mobil:	Telefon mobil:
E- Mail:	E- Mail:
Verwandtschaftsgrad:	Verwandtschaftsgrad:

Anmeldung zur Aufnahme

3. gesetzliche Betreuung		
Liegt eine gesetzliche Betreuung über das Amtsgericht vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Name, Vorname des Betreuers :		
Telefon:	mobil:	
E-Mail:		
4. Patientenverfügung / Vollmachten		
Liegen Vollmachten vor? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> notarielle Vollmacht		
<input type="checkbox"/> sonstige Vollmacht <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Patientenverfügung		
Bevollmächtigter:		
4. Krankenversicherung		
Name:		
Versicherungsnummer:	Zuzahlungsbefreiung Krankenkasse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat versichert <input type="checkbox"/> beihilfeberechtigt		
5. Kostenträger:		
5.1. Pflegeversicherung:		
Anschrift (falls abweichend von Krankenversicherung)		
Pflegegrad derzeit:	Pflegegrad/ Höherstufung beantragt am:	
5.2. Finanzierung des Eigenanteils:		
<input type="checkbox"/> eigenfinanziert <input type="checkbox"/> erhält Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Sozialhilfe muss beantragt werden <input type="checkbox"/> andere		
Rechnungsempfänger: (z.B. f. Heimkosten-Eigenanteil, Zuzahlung, Rezeptgebühr, Krankentransporte etc.)? <input type="checkbox"/> Bewohner <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter		
6. bisheriger Hausarzt		
Titel, Name, Vorname:		
Straße, Hausnummer:		
PLZ, Ort:		
Telefon:	mobil:	FAX:
Weiterbehandlung in der Einrichtung wird fortgeführt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Möchten Sie, dass wir Ihnen für die Behandlung nach dem Einzug einen Hausarzt vorschlagen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Anmeldung zur Aufnahme

Im Folgenden stellen wir Ihnen einige Fragen zu möglichen Erkrankungen und zu pflegerischen Belangen:

Körpergröße:	Körpergewicht:
Aufgrund welcher Erkrankungen /Einschränkungen ist Ihrer Meinung nach die Aufnahme in unsere Einrichtung hauptsächlich erforderlich?	
<input type="checkbox"/> Lähmung, z.B. nach einem Schlaganfall <input type="checkbox"/> Herzerkrankung <input type="checkbox"/> Erkrankung der Lunge	<input type="checkbox"/> Erkrankung des Bewegungsapparates <input type="checkbox"/> (offene) Wunden <input type="checkbox"/> andere Erkrankungen, wie z.B. multiresistente Keimbeseidung (MRSA, ESBL o.ä.)
Wie schätzen Sie Ihre Bewegungsfähigkeit ein?	
Gehen (Fortbewegen): <input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe möglich <input type="checkbox"/> nicht möglich mit folgendem Hilfsmittelmöglich: <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> selbständig im Rollstuhl <input type="checkbox"/> unselbständig im Rollstuhl <input type="checkbox"/> elektrischer Rollstuhl Stehen: mit folgendem Hilfsmittel möglich: <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator	
Liegen psychische Erkrankungen vor?	
<input type="checkbox"/> Altersdemenz <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Laufdrang	<input type="checkbox"/> Unruhezustände <input type="checkbox"/> andere Verhaltensauffälligkeiten oder seelische Erkrankungen -----
In wieweit sind Sie in der Lage, Ihren Tagesablauf selbständig zu gestalten?	
<input type="checkbox"/> immer <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> eher nicht	
Wie schätzen Sie Ihr Orientierungsvermögen ein?	
zeitlich: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> wechselhaft <input type="checkbox"/> nicht so gut örtlich: <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> wechselhaft <input type="checkbox"/> nicht so gut	

Anmeldung zur Aufnahme

Welche der im Folgenden genannten Eigenschaften treffen Ihrer Meinung nach auf Sie zu?

- Ich habe Lust mich zu unterhalten, es besteht Gesprächsbereitschaft.
- Ich bin interessiert an Freizeitbeschäftigung.
- Ich bin eher ruhig, möchte auch gern mal alleine sein.
- Ich bin geruchsempfindlich.
- Ich bin nachtaktiv.
- Ich bin wärmeempfindlich („zu stickig, zu warm im Zimmer“).
- Ich bin kälteempfindlich („mag kein offenes Fenster“).
- Ich bin Raucher, ich rauche täglich ca.....
- Ich trinke regelmäßig Alkohol, täglich ca.....
- Ich neige zu aggressivem Verhalten.

Sind **spezielle medizinische Hilfsmittel** vorhanden oder bestellt?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gehstock
<input type="checkbox"/> Rollator
<input type="checkbox"/> Rollstuhl
<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät
<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze
<input type="checkbox"/> ----- | <input type="checkbox"/> bringe ich selbst mit <input type="checkbox"/> bereits beantragt
<input type="checkbox"/> bringe ich selbst mit <input type="checkbox"/> bereits beantragt
<input type="checkbox"/> bringe ich selbst mit <input type="checkbox"/> bereits beantragt
<input type="checkbox"/> bringe ich selbst mit <input type="checkbox"/> bereits beantragt
<input type="checkbox"/> bringe ich selbst mit <input type="checkbox"/> bereits beantragt
<input type="checkbox"/> bringe ich selbst mit <input type="checkbox"/> bereits beantragt |
|--|--|

Bitte bringen Sie die vorhandenen Hilfsmittel bei Einzug mit.

Werden Sie mit Kathetern (z.B. Urinkatheter) behandelt oder über Sonden (z.B. zur Ernährung) versorgt?

- nein ja, mit

Benutzen Sie Inkontinenzmaterialien (z.B. Vorlagen, Schutzhosen)?

- Ja Nein
 Gibt es eine ärztliche Dauerverordnung? Ja Nein Wenn ja, welche Firma beliefert Sie?:

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird ausdrücklich versichert. Ich/wir bestätigen dass ich/wir diese Selbstauskunft wahrheitsgemäß und vollständig erteilt habe(n). Mit Angabe der unterzeichneten Anmeldung bestätige ich den Erhalt der vorvertraglichen Informationen nach § 3 Abs. 2 WBVG.

Ort, Datum: _____

Antragsteller/

Bevollmächtigter _____