

Anmeldung für einen Heimplatz im Benediktuspark:

<u>Bewohnerstammdaten:</u>	
Gewünschter Aufnahmetermin	
Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/>	Dauerpflege <input type="checkbox"/>
Name, Vorname	
Adresse	
Geburtsname	
Geburtsdatum, Geburtsort	
Kostenträger (privat-versichert - Pflegekasse und Selbstzahler - Sozialamt)	
<input type="checkbox"/> Der Bewohner kann die Heimkosten vollständig aus Eigenmitteln bestreiten. Einer Überprüfung des Heimunterbringungsbedarfes bedarf es nicht. <input type="checkbox"/> Der Heimunterbringungsbedarf ist seitens des Sozialhilfeträgers festgestellt worden mit Bescheid vom _____. <input type="checkbox"/> Antrag beim zuständigen Kostenträger/Sozialhilfeträger (Aktenzeichen _____ Datum _____) ist erfolgt.	
Rezeptgebührenbefreit 2017? Bitte Ausweis einreichen!	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Welcher Pflegegrad? Bitte Bescheid vorlegen!!!!	
Hauptdiagnose(n)	
Gewünschte Zimmergröße (ggf. Zuzahlung)	<u>Einzelzimmer</u> <input type="checkbox"/> „klein“ (mit Blick zum Hof) ca. 15,3 m ² <input type="checkbox"/> „klein“ (mit Blick zur Straße) ca. 15,6 m ² <input type="checkbox"/> „groß“ ca. 21,48 m ² (Zuzahlung von € 3,00/Tag)

<u>Beziehung zum Bewerber</u> (Sohn/Tochter/Betreuer etc.)		
Name, Vorname		
Adresse		
Telefonnummer		
<u>Wird der Bewohner vertreten? Wenn ja, wodurch?</u>		
<input type="checkbox"/> Vollmacht	<input type="checkbox"/> Betreuerausweis/-beschluss	
<input type="checkbox"/> Betreuung ist beantragt	<input type="checkbox"/> nein	

Datum/Unterschrift des
Bewerbers

Datum/Unterschrift
des Angehörigen/Betreuers

Ärztlicher Fragebogen

Bitte ausgefüllt zurück!
DANKE!

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____
Krankenkasse: _____

Der zukünftige Bewohner benötigt Hilfe bei folgenden Tätigkeiten:

- Essen/Trinken Waschen Kleiden
 Gehen Rollstuhlbedürftig Prothese

Ansteckende Krankheiten nach § 36 Infektionsschutzgesetz?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Welche?)
Suizid-Gefährdung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Weglauf-Gefährdung?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja
Suchtgefahr?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Ja (Welche?)

Diagnosen:

Medikamente:

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift des Arztes

Ihre Checkliste

Was muss ich vor der Aufnahme erledigen?

<input checked="" type="checkbox"/> Anmeldebogen, Anamnesebogen und Hilfsmittelbogen ausfüllen	Erledigt? <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Ärztlichen Fragebogen vom Arzt ausfüllen lassen	Erledigt? <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Bei Kurzzeitpflege und bestehendem/ beantragtem Pflegegrad = Antrag auf Kurzzeitpflege bei der Pflegekasse stellen	Erledigt? <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> bei einem vollstationären Aufenthalt -> Antrag auf Leistungen der vollstationären Pflege bei der Pflegekasse stellen	Erledigt? <input type="checkbox"/>

Woran muss ich bei einer vollstationären Aufnahme sonst noch denken?

<input checked="" type="checkbox"/> Alten Mietvertrag unter Beachtung der Kündigungsfrist schriftlich kündigen. Sprechen Sie mit Ihrem Vermieter wegen einer eventuell verkürzten Kündigungsfrist.	Erledigt? <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Laufende Verträge, wie z.B. Essen auf Rädern, Telefonanschluss, Kabelanschluss, GEZ, Wasser und Abwasser, Strom, Gas, Zeitungen ggf. kündigen oder an neue Anschrift übertragen.	Erledigt? <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Einzugsermächtigungen und Daueraufträge, die die bisherige Wohnung betreffen bei der Bank kündigen oder ändern.	Erledigt? <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> evt. Postnachsendauftrag erteilen	Erledigt? <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Ummeldung beim Einwohnermeldeamt (gerne wählen Sie den Benediktuspark auch als Zweitwohnsitz)	Erledigt? <input type="checkbox"/>

Was muss ich (spätestens) bei der Aufnahme mitbringen?



<input checked="" type="checkbox"/> Personalausweis und evt. Schwerbehindertenausweis	Erledigt? <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Versichertenkarte und eventuell Befreiungsausweis	Erledigt? <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> eventuelle Vollmachten und/oder Beschlüsse (Betreuung/Fixierung)	Erledigt? <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Medikamente	Erledigt? <input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/> Hilfsmittel (Toilettenstuhl, Rollstuhl, Rollator, etc.)	Erledigt? <input type="checkbox"/>

Wir stellen Ihnen den Fernseh-Anschluss für Ihr mitgebrachtes Fernsehgerät zur Verfügung. Bitte bringen Sie Antennen- sowie eventuelle Verlängerungskabel selbst mit.

Bitte legen Sie spätestens bei Einzug eine Bescheinigung vor, die den technisch einwandfreien Zustand Ihrer mitgebrachten Elektrogeräte (Wasserkocher, Fernseher, etc.) dokumentieren!

Anamnesebogen

Name: _____ Krankenkasse: _____
Vorname: _____ KV-Nr.: _____
Geb.-Name: _____ Geb.-Ort: _____
Pflegegrad: _____ Geb.-Datum: _____
Hausarzt: _____ Konfession: _____
Fam.-Stand: _____

Hilfestellung:

- | | | | |
|--------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> Baden | <input type="checkbox"/> Stehen | <input type="checkbox"/> Zu Bett gehen |
| <input type="checkbox"/> Duschen | <input type="checkbox"/> Kleiden | <input type="checkbox"/> Gehen | <input type="checkbox"/> Aufstehen |
| <input type="checkbox"/> Hautpflege | <input type="checkbox"/> Zahnpflege | <input type="checkbox"/> Rasieren | <input type="checkbox"/> Toilettengang |
| <input type="checkbox"/> Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Einlagen | <input type="checkbox"/> Windelhosen | <input type="checkbox"/> Katheter |

Diagnosen:

kann sprechen

kann sehen

kann hören

Orientiert

ja

nein

Schlafstörungen

ja

nein

Unruhezustände

ja

nein

Abwehrverhalten (Aggressivität)

ja

nein

Sturzgefährdet

ja

nein

Allergien

ja welche? _____
nein

Freiheitsentziehende Maßnahmen?

Bettgitterbeschluss/Einverständniserklärung Ja (bitte vorlegen) Nein
(Nichtzutreffendes bitte streichen!)

Hautdefekte _____ Wo _____

Salbenverbände _____

Hilfsmittel

Rollstuhl	Eigentum	Kasse
Gehwagen	Eigentum	Kasse
Toilettenstuhl	Eigentum	Kasse
Toilettensitzerhöhung	Eigentum	Kasse
Sauerstoffgerät	Eigentum	Kasse

Gehstock ja nein

Brille ja nein

Hörgeräte (welche Seite) _____

Zahnprothese oben _____ unten _____

Kompressionsstrümpfe/Verbände _____

Mitgebrachte Möbel _____

Etc. _____

Wäschekennzeichnung ja nein

Telefon erwünscht ja nein

Kostform

Vollkost Normal _____ passiert _____

Diät Normal _____ passiert _____

Hilfe beim Essen Hilfe beim Trinken

Unverträglichkeit ja welche? _____

nein

Schluckstörungen ja nein

Gewicht: _____

Größe: _____

Sonstiges: _____

Datum: _____ Unterschrift _____

B I O G R A P H I E

Name des Bewohners: _____

Geburtstag/ -ort: _____

Größe _____ Gewicht: _____

Wie verlebten Sie Ihre Kindheit/ Jugend?

Welche Schule besuchten Sie?

Welchen Beruf erlernten Sie?

Prägende Ereignisse (Krieg, Verlust von Angehörigen)

Familiendaten

Geschwister: _____

Name des Ehepartners: _____

Name der Kinder: _____

Enkelkinder: _____

Bisherige Wohnsituation

Lebten Sie bisher : in einer Großstadt

in einer Kleinstadt

in einem Dorf

zur Miete im eigenen Haus

Hatten Sie einen Garten ja nein

Hatten Sie Haustiere ja welche? _____ nein

Hobbys, Interessen

Hobbys:

Vorlieben/ persönliche Gewohnheiten:

Welche TV Sendungen sehen Sie am liebsten?

Lesen Sie gerne?

Lieblingsmusik?

Tagesablauf/ Tagesgestaltung/ Weckzeit/ Essenzeit/ Ruhephasen

Wann stehen Sie morgens auf?

Wann gehen Sie abends zu Bett?

Welche Essenzeiten hatten Sie zu Hause?

Frühstück:

Mittagessen:

Abendessen:

Essgewohnheiten

Lieblingsessen:

Lieblingsgetränke:

Was mögen Sie gar nicht?

Sonstiges

Lieblingsfarbe:

Spezielle Kleiderwünsche:

Wünsche im Bezug auf die Grundpflege?

Spezielle Pflegeprodukt Wünsche:

Religiöse Gewohnheiten (z.B. Kirchengänge, Abendmahl, Ablehnung...)

Evangelisch

Katholisch

Gehen Sie gerne zur Kirche?

Erstellt von

Unterschrift, Datum