



## Anmeldung zur Aufnahme

Datum:

 **Vollstationäre Pflege**

ab:

 **Kurzzeitpflege**

von:

bis:

Ankunft (Uhrzeit):

Abholung (Uhrzeit):

Grund des Aufenthaltes in der Einrichtung:

Name, Vorname:

Geb.-Name:

Geb.-Datum:

Geb.-Ort:

Familienstand:

ledig

verheiratet

verwitwet

geschieden

Konfession:

### Bisherige Adresse

### Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Klinik, Reha)

Name, Vorname:

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

PLZ, Ort:

Telefon:

Telefon:

### Angehöriger | Betreuer

### Angehöriger | Betreuer

Name, Vorname:

Name, Vorname:

Straße, Nr.:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

PLZ, Ort:

Telefon:

Telefon:

E-Mail:

E-Mail:



## Anmeldung zur Aufnahme

Datum:

Name, Vorname:

### Hausarzt

Name:

Fachrichtung:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

### ggf. Facharzt 1

Name:

Fachrichtung:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

### ggf. Facharzt 2

Name:

Fachrichtung:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Fax:

### Kranken- /Pflegekasse

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Vers.-Nr.:

PFLEGEGRAD:

 1  2  3  4  5 keine Antrag gestelltBestehen folgende  
Vorsorgevereinbarungen? Vorsorgevollmacht Patientenverfügung Gesetzliche Betreuung



## Anmeldung zur Aufnahme

Datum:

Name, Vorname:

Werden Sie vom ambulanten Dienst betreut?

 ja

 nein

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Sind Sie in Behandlung bei einem:

 Physiotherapeut / Krankengymnastik

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

 Ergotherapeut

Name:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Nehmen Sie?:

 Gerinnungshemmer

Haben Sie?:

 Diabetes

 einen Herzschrittmacher

 Allergie gegen bestimmte Medikamente

 Sonstige Allergien

 Ansteckende Krankheiten

 Keimerkrankungen

 Asthma

 Epilepsie

 Demenz

 Sauerstoffversorgung

 Insulinpflichtig



 MRSA

 sonstige



## Anmeldung zur Aufnahme

Datum:

Name, Vorname:

### Besteht eine Einschränkung der Mobilität?

- nein
- ja, welche?       Gehstock       Rollator       Rollstuhl

### Besteht ein Sturzrisiko?

- ja       nein

### Besteht eine Hin-/Weglauf-Tendenz?

- ja       nein

### Liegen Einschränkungen beim Toilettengang vor?

- Begleitung zur Toilette       Inkontinenzhilfen       Katheter

### Welche Pflegemaßnahmen müssen durchgeführt werden?

- Hilfe beim Gehen       Hilfe beim An-/Ausziehen       Hilfe beim Essen
- Wundversorgung       Hilfe bei der Körperpflege       Medikamente

### Welche Hilfsmittel benötigen Sie?

- Pflegebett       Wechseldruckmatratze       Inkontinenzhilfen
- Toilettensitzerhöhung       Urinflasche       Lifter
- Duschstuhl       Bettgalgen

### Haben Sie Interesse an der Vermittlung von zusätzlichen Leistungen?

- Physiotherapie       Ergotherapie       Friseurbesuche
- medizinische Fußpflege       Veranstaltungsangebote

---

---

---

---

---



## Anmeldung zur Aufnahme

Datum:

Name, Vorname:

Welche Lebensgewohnheiten liegen Ihnen besonders am Herzen?

---

---

---

---

---

Wie sieht Ihr Tagesablauf zu Hause aus?

---

---

---

---

---

Haben Sie besondere Vorlieben oder Hobbys?

---

---

---

---

---

... sonstige Informationen?

---

---

---

---

---

---