

Aufnahmeantrag Kurzzeitpflege und stationäre Pflege

Vor- u. Zuname:		ggf. Geburtsname:	
-----------------	--	-------------------	--

Geburtsdatum:		Geburtsort:		Staatsangehörigkeit:	
---------------	--	-------------	--	----------------------	--

Familienstand:		Konfession:		Krankenkasse:	
				KV-Nummer:	

Hauptwohnschrift:	
Nebenwohnschrift:	
derz. Aufenthaltsort:	

Gewünschter Einzugstermin:	bis	
-----------------------------------	------------	--

bitte angeben! (z.B. „geplant bis ...“ - „baldmöglichst“ - o.ä.)

bei Kurzzeitpflege bitte Datum eintragen

Gesetzlicher Betreuer:			
Vor- u. Zuname:			
Anschrift:			
Telefon privat:		Telefon mobil:	
E-Mail-Adresse:			
Verwandtschaftsgrad			
Aufgabenkreise			

Angehörige/Ansprechpartner:			
Vor- u. Zuname:			
Anschrift:			
Telefon privat:		Telefon mobil:	
E-Mail-Adresse:			
Verwandtschaftsgrad			

Angehörige/Ansprechpartner:			
Vor- u. Zuname:			
Anschrift:			
Telefon privat:		Telefon mobil:	
E-Mail-Adresse:			
Verwandtschaftsgrad			

Hausarzt:	
------------------	--

Zuordnung zum Pflegegrad:	Wenn ja, bitte Grad angeben:	<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 2	<input type="checkbox"/> Grad 3	<input type="checkbox"/> Grad 4	<input type="checkbox"/> Grad 5	Wenn nein:	<input type="checkbox"/> ist beantragt	<input type="checkbox"/> wird beantragt
---------------------------	------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------	--	---

Wird voraussichtlich Sozialhilfe beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ist beantragt	<input type="checkbox"/> wird beantragt	<input type="checkbox"/> genehmigt
---	-------------------------------	--	---	------------------------------------

Regeln Sie Ihre finanziellen Angelegenheiten selbst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, wer?
--	-----------------------------	-------------------------------------

Rentenversicherungsnummer:			
KK-Zuzahlungsbefreit:	<input type="checkbox"/> Ja	Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> genehmigt
			Grad _____ Merkzeichen: _____

Monatliches Einkommen: (nach heutigem Stand)		
Art des Einkommens (z. B. Rente)	Zahlende Stelle (z. B. DRV)	Betrag in EURO

Zur Ihrer Information Ihr Eigenanteil	Kurzzeitpflege täglich	Stationäre Pflege monatlich *
Vergütung für Pflegegrad 1:	–	€ 2.903,01
Vergütung für Pflegegrad 2:	€ 38,62	€ 2.480,02
Vergütung für Pflegegrad 3:	€ 38,62	€ 2.480,19
Vergütung für Pflegegrad 4:	€ 38,62	€ 2.480,09
Vergütung für Pflegegrad 5:	€ 38,62	€ 2.480,06
Einzelzimmerzuschlag:	€ 3,73	€ 113,46
*inkl. Leistungszuschlag nach § 43c SGB XI bei einer Verweildauer von 0-12 Monaten		

Datum:	Unterschrift:
--------	---------------

Ärztlicher Fragebogen

Wichtig: Bitte erst zum Arzt schicken, wenn Aufnahme feststeht!

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen (x)

1. Vor- und Zuname Patient*in:	
<hr/>	
2. Geburtsdatum:	
<hr/>	
3. Diagnosen	
1)	<hr/>
2)	<hr/>
3)	<hr/>
4)	<hr/>
5)	<hr/>
6)	<hr/>
7)	<hr/>
8)	<hr/>
9)	<hr/>
10)	<hr/>
4. Bestehen Allergien? Wenn ja, welche: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<hr/>	
5. Bestehen ansteckende Krankheiten? z.B. Hepatitis, HIV, TBC, multiresistente Keime	
Wenn ja, welche: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<hr/>	
6. Ist eine physische Behinderung vorhanden?	
Wenn ja, welche: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<hr/>	
7. Ist eine psychische Behinderung vorhanden?	
Wenn ja, welche: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<hr/>	
7a. Wie ist die Gemütsstimmung?	
freundlich <input type="checkbox"/> antriebslos <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> aufbrausend <input type="checkbox"/>	
7b. Liegen gefährliche Eigenschaften vor? ja <input type="checkbox"/> (wenn ja, bitte kurze Beschreibung) nein <input type="checkbox"/>	
<hr/>	
<hr/>	
8. Besteht eine Suchterkrankung?	
Wenn ja, welche: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<hr/>	

9. Regelmäßige Medikamente

Name Medikament	Verabreichungsform	morgens	mittags	abends	nachts
Bei Diabetes: insulinpflichtig?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
Wenn ja, Insulin:					
Einnahme der Medikamente selbstständig?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
10. Kostform:					
11. PEG/PEJ vorhanden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
12. Patientenverfügung vorhanden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
13. Betreuungsverfügung vorhanden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
14. Vorsorgevollmacht vorhanden	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>				
15. Körpergröße: cm	Körpergewicht: kg				
16. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:					

_____, den _____

Stempel und Unterschrift Arzt

Pflegerischer Fragebogen zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen (x)

1. Vor- und Zuname:	
2. Geburtsdatum:	
3. Benötigt der/die Patient*in Hilfe beim:	
Stehen / Gehen	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Treppensteigen	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Essen (wenn Vegetarier, bitte hier ankreuzen <input type="checkbox"/>)	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Körperpflege	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Ankleiden	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Frisieren/Rasieren	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Einnehmen von Medikamenten	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/>
4. Ist der/die Patient*in:	
zeitlich desorientiert	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
situativ desorientiert	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
hinlaufgefährdet	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
5. Wie ist die Gemütsstimmung?	freundlich <input type="checkbox"/> antriebslos <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> aufbrausend <input type="checkbox"/>
6. Treten nachts Unruhezustände auf?	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
7. Ist der/die Patient*in bettlägrig?	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
8. Liegt eine Inkontinenz vor?	
Stuhlinkontinenz	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Dauerkatheter	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Künstlicher Darmausgang (Anus praeter)	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

9. Sind Hilfsmittel notwendig?	
Brille/Kontaktlinsen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Hörgerät	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rollator	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zahnprothese	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rollstuhl	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Prothesen, wenn ja welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
10. Wird der/die Patient*in durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt? Wenn ja, durch welchen (Name, Ansprechpartner, Telefonnummer):	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____
11. Liegt eine Patient*innenverfügung vor?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
12. Liegt eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung vor?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
13. Liegt ein Beschluss für freiheitsentziehende Maßnahmen vor?	ja <input type="checkbox"/> (wenn ja, welche?) _____ nein <input type="checkbox"/>
14. Liegt ein Pflegegrad vor? Wenn ja, welcher?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____
15. Gewicht/BMI	_____
16. Diagnosen, falls bekannt	

_____, den _____

Unterschrift des Patient*in/Angehörigen/Einrichtung

Unterschrift/Stempel Einrichtung (optional)

Vom Pflegezentrum auszufüllen

Zur Kenntnis genommen:

Datum und Unterschrift Pflegedienstleitung Pflegezentrum