

ANMELDUNG ZUR AUFNAHME

Zutreffendes bitte ankreuzen

(Zimmer Nr./Einrichtung: _____)

Von Einrichtung ausfüllen

- vorsorgliche Anmeldung
 vollstationäre Pflege

Kurzzeitpflege von _____ bis _____

Name _____ Vorname(n), Rufname bitte unterstreichen _____

Straße _____ Wohnort _____ Telefon _____

Geb.-Datum _____ Geb.-Ort (Kreis ggf. auch Land/Staat mit angeben) _____

Geb.-Name _____ Familienstand _____ Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____

Ehepartner(in): Name _____ Vorname _____

Straße _____ Wohnort _____ Telefon _____

Geb.-Datum _____ Geb.-Name _____

GEGENWÄRTIGER AUFENTHALT

- wie Oben
 Krankenhaus/Reha/andere Einrichtung

Name der Einrichtung _____ Station _____

Straße _____ Ort _____

Aufnahmetag _____ Aufnahmegrund _____

Telefon _____ Ansprechpartner _____

ANSPRECHPARTNER(IN) - Auch während einer Urlaubspflege -

1. Name _____ Vorname _____

Straße _____ Wohnort _____

Telefon privat _____ Handy _____ Verwandtschaftsgrad _____

E-Mail: _____

2. Name _____ Vorname _____

Straße _____ Wohnort _____

Telefon privat _____ Handy _____ Verwandtschaftsgrad _____

E-Mail: _____

GERICHTLICH BESTELLTE(R) BETREUER(IN)

Ja Nein

INHABER(IN) VON VOLLMACHTEN

Ja Nein

(Nachweis jeweils bitte beifügen)

Name: _____ Vorname: _____

Straße: _____ Wohnort: _____

Telefon privat: _____ Telefon dienstlich: _____ E-Mail: _____

Wirkungskreis(e) _____

Betreuung wird/ist angeregt bzw. beantragt Ja Nein

Wirkungskreis(e) _____

HAUSARZTkommt ins Haus: Ja Nein

Name _____ Telefon _____

Anschrift _____

WEITER BEHANDELNDER ARZT

Name _____ Telefon _____

Anschrift _____

KRANKENKASSE/PFLEGEKASSE _____ Vers.Nr.: _____**Einstufung** der Pflegekasse/Krankenkasse in Grad _____

Achtung! Leistung der Pflegekasse MUSS spätestens am Aufnahmetag beantragt sein!

Bestätigung der Notwendigkeit stationärer Pflege liegt vor ist beantragt**KOSTENREGELUNG BEI AUFNAHME ACHTUNG – unbedingt ausfüllen!**

Platzfinanzierung

- Leistungen** der Pflegekasse
- Restkosten** (Kosten nach Abzug Pflegekasse evtl. Pflegegeld): **eigenes Einkommen/Vermögen**
mtl. Einkommen in Höhe von insgesamt _____ €
- Leistungen** vom Versorgungsamt Art: _____
- Beihilfe**
- Kostenübernahme** ist beim zuständigen Sozialamt in _____ am _____ beantragt

Wer soll die Rechnung über den Eigenanteil erhalten? Bewohner/Gast 1. Ansprechpartner(in) 2. Ansprechpartner(in)**Bankverbindung**

Institut _____ IBAN: _____

BESONDERE WÜNSCHE (z.B. bestimmte Einrichtung, Zimmerwunsch, Mitnahme von Haustieren oder von Möbeln)

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei/wird übersandt. Ich bin damit einverstanden, dass die Anmeldung zur Aufnahme und der ärztliche Fragebogen der/den von mir gewünschten Einrichtung/en übersandt werden.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihre verbindliche Anmeldung, die Richtigkeit der Angaben und die Kenntnisnahme des Informationsblattes „Was Sie zur Anmeldung wissen und beachten sollten“, der aktuellen Preisliste und des „Informationsblattes gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBG).

Bei Kurzzeitpflege: Ein eventueller Widerruf muss spätestens eine Woche vor der vereinbarten Aufnahme schriftlich erfolgen. Bei späterer Abmeldung berechnet das Evangelische Christophoruswerk e.V. eine **Stornogebühr** von 50% der Gesamtkosten des gebuchten Aufenthaltes, **maximal 200 EUR.**

Ort, Datum _____

Unterschrift Platzinteressent(in), Bevollmächtigte(r),
Gerichtlich bestellte(r) Betreuer(in) _____

MEDIZINISCH-/ PFLGERISCHER FRAGEBOGEN ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR AUFNAHME

Kurzzeitpflege vollstationäre Dauerpflege

Bitte vom Hausarzt/Krankenhausarzt ausfüllen lassen

Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____

Straße _____ PLZ Wohnort _____

Name des Krankenhauses, falls z.Zt. stationär

Diagnosen / Somatische und psychiatrische Erkrankungen

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |
| 3. _____ | 6. _____ |

Erschwernisfaktoren/besondere Hinweise

Insulin-/Tablettenpflichtiger Diabetes mellitus Antiepileptikatherapie Antikoagulationstherapie
 Körpergewicht Gehörlosigkeit Sehbeeinträchtigung

Allergien: _____ Implantate: _____

KÖRPERPFLEGE	<u>HILFEBEDARF</u>		
	TÄGLICH	ZEITWEISE	NEIN
Teilwaschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganzkörperwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-/Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DARM-/BLASENENTLEERUNG	<u>HILFEBEDARF</u>		
	TÄGLICH	ZEITWEISE	NEIN
Benutzung von Hilfsmitteln (z.B. Toilettenstuhl, Urinflasche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege/Richten der Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
versorgt mit: ja			
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ERNÄHRUNG	<u>HILFEBEDARF</u>		
	TÄGLICH	ZEITWEISE	NEIN
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelung der Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
benötigt: ja			
Sondenernährung	<input type="checkbox"/>		
Besondere Kostformen	<input type="checkbox"/>		
	welche _____		

bitte wenden!

MOBILITÄT	HILFEBEDARF		
	TÄGLICH	ZEITWEISE	NEIN
Aufstehen aus <input type="checkbox"/> liegender	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> sitzender Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpergerechte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen mit Begleitperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständig <input type="checkbox"/> nicht selbständig <input type="checkbox"/>			
beim Gehen mit folgenden Hilfsmitteln: _____			
Mobilisation außerhalb des Bettes bei Bettlägerigkeit:			
wird regelmäßig mobilisiert	<input type="checkbox"/>		
nicht mehr mobilisierbar	<input type="checkbox"/>		
Sturzgefahr:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrakturen <input type="checkbox"/>	Lokalisation: _____		
Dekubitus <input type="checkbox"/>	Lokalisation: _____		
Lähmungen <input type="checkbox"/>	Lokalisation: _____		

Pflegerrelevante Störungen in folgenden Bereichen:

Sehvermögen <input type="checkbox"/>	Tag-/Nachtrhythmus <input type="checkbox"/>	Psychomotorische Unruhe <input type="checkbox"/>	Desorientierung <input type="checkbox"/>
Hörvermögen <input type="checkbox"/>	Kooperationsbereitschaft <input type="checkbox"/>	Selbst-/Fremdgefährdung <input type="checkbox"/>	zeitlich <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/>
Sprachvermögen <input type="checkbox"/>	Tagesstrukturierung <input type="checkbox"/>	Weglauff Tendenz <input type="checkbox"/>	situativ <input type="checkbox"/> persön. <input type="checkbox"/>
tätl./verbal aggressives Verhalten <input type="checkbox"/>	Ängste <input type="checkbox"/>	Reagieren in diesen Alltagssituationen <input type="checkbox"/>	
Verkennen von Alltagssituationen u. inadäquates Verhalten <input type="checkbox"/>			

Erläuterungen:

Suchterkrankungen: Alkohol Medikamente Nikotin sonstige _____

Liegt ein richterlicher Beschluss zu einer freiheitseinschränkenden Maßnahme vor? ja nein

wenn ja, welche? _____

Sind Pflegeleistungen während der Nacht erforderlich? jede Nacht zeitweise nein

welche und wie oft? _____

Regelmäßige Behandlungspflege: _____

Ist eine stationäre Rehabilitation geplant? ja nein

Könnte durch eine Rehabilitation der Hilfebedarf verringert werden? ja nein

Ist der/die Patient/in frei von ansteckenden Krankheiten (IfSGesetz)? ja nein

Ist der/die Patient/in frei von MRGN (Multiresistente Erreger)? ja nein

Welche? _____

Nur bei Kurzzeitpflege

Ich werde meine Patienten während der Kurzzeitpflege weiterhin betreuen ja nein

Datum _____

Unterschrift und Stempel Hausarzt/Hausärztin
Unterschrift Klinikarzt/Klinikärztin und Unterschrift Pflegefachkraft (falls Patient/in z.Zt. im Krankenhaus)