

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) _____

HAUSARZT

kommt 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)

Einwilligungserklärung Datenschutz

Ich, _____, willige ein, dass das Evangelisches Christophoruswerk e.V. folgende Daten

- Adressdaten
- Geburtsdaten
- Arztbriefe und medizinische Dokumente
- Vollmachten
- Versicherungsnummern
- weitere pflegerelevante Daten und Wünsche

von mir oder von meinem Angehörigen, Betreuten oder Vollmachtgebers
_____ verarbeitet.

Zweck der Datenerfassung:

- zur Beurteilung inwieweit eine Betreuung oder Pflege bei uns möglich ist.
- zur Betreuung und Pflege
- zur befristeten Erfassung des Bedarfs an Pflege- und Unterstützungsangeboten
- zur Vorbereitung auf folgende Beratungstermine
- zur Erstellung von Wartelisten von Interessenten für Pflege, Betreuung oder einer Wohnung

Die Daten bleiben in unserem Unternehmen und werden nicht an externe Dritte weitergeleitet. Die Weiterleitung intern erfolgt nur an ausgewählte Mitarbeiter, die mit dem Vorgang befasst sind.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt, und dass ich mein Einverständnis mit der Folge, dass eine sinnvolle Beratung oder eine Aufnahme möglicherweise dadurch nicht möglich ist, verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Der Widerruf kann formlos an:

Evangelisches Christophoruswerk e.V.
Bonhoefferstr. 6
47138 Duisburg
Telefon: 0203 410-0
Fax: 0203 410-1000
info@cwdu.de

gerichtet werden.

Die Daten werden von uns gelöscht, wenn Sie der Verarbeitung widersprechen oder der Zweck der Datenverarbeitung erfüllt wurde, sofern keine weiteren gesetzlichen Regelungen dem entgegenstehen. Sollten wir keine weiteren Informationen von Ihnen erhalten, werden die Daten aus unserer Interessen-, Beratungs- und Wartelisten automatisch nach spätestens drei Jahren gelöscht.

Datum,

Unterschrift

MEDIZINISCH-/ PFLÉGERISCHER 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. Toilettensstuhl, 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"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/>	<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 _____

MOBILITÄT	HILFEBEDARF		NEIN
	TÄGLICH	ZEITWEISE	

Aufstehen aus liegender
 sitzender Position
 Körpergerechte Lagerung
 An-/Auskleiden
 Gehen mit Begleitperson
 Selbständig nicht selbständig
 beim Gehen mit folgenden
 Hilfsmitteln: _____

Mobilisation außerhalb des Bettes bei Bettlägerigkeit:

wird regelmäßig mobilisiert
 nicht mehr mobilisierbar

Sturzgefahr:

Kontrakturen Lokalisation: _____

Dekubitus Lokalisation: _____

Lähmungen Lokalisation: _____

Pflegerrelevante Störungen in folgenden Bereichen:

Sehvermögen Tag-/Nachtrhythmus Psychomotorische Unruhe Desorientierung
 Hörvermögen Kooperationsbereitschaft Selbst-/Fremdgefährdung zeitlich örtlich
 Sprachvermögen Tagesstrukturierung Weglauftendenz situativ persön.
 tätl./verbal aggressives Verhalten Ängste
 Verkennen von Alltagssituationen u. inadäquates Reagieren in diesen Alltagssituationen

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

Sind ansteckende Krankheiten bekannt (IfSGesetz)? ja nein

Welche? _____

Sind MRGN-Erreger (Multiresistente Erreger) nachgewiesen? 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)

