

Anmeldebogen

Sie interessieren sich für den Einzug in das Sozialzentrum Kirchheim. Um den Aufnahmeantrag bearbeiten zu können, benötigen wir einige Angaben:

Name: **Vorname:**

Geburtsname:

Geburtsdatum: **Geburtsort:**

Religion: **Fam.-Stand:**

Ehegatte: **Geb.-dat.:**

Adresse:

.....

Telefon.:

Ansprechpartner für das Heim:

Name: **Vorname:**

Adresse:

.....

Telefon.:

- Angehöriger:
- vom Amtsgericht bestellter Betreuer
- Bevollmächtigter durch Vorsorgevollmacht
- sonstiges:

weitere Ansprechpartner:

.....

.....

Bitte Rückseite beachten!!

Gewünschte Zimmerkategorie? Einzelzimmer Doppelzimmer Beides

Zu welchem Zeitpunkt wollen Sie aufgenommen werden?

- schnellstmögliche Aufnahme vorsorgliche Anmeldung
 vollstationäre Pflege Kurzzeitpflege

Wie finanzieren Sie den Heimaufenthalt?

das eigene Einkommen (Rente, Vermögen etc.) reich zur Deckung der Heimkosten aus ja nein

Unterstützung durch die Sozialhilfe wird bezogen oder benötigt ja nein
Ein entsprechender Antrag wurde gestellt am:

Derzeitiger Aufenthaltsort (z.B. Krankenhaus, Kurzzeitpflege, zu Hause etc.)

.....

Hausarzt Name:

Adresse:

Krankenkasse:

Erhalten Sie Leistungen aus der Pflegeversicherung?

ja in Pflegestufe: seit: nein

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt am:

Diese Anmeldung ist unverbindlich. Wir rufen Sie an, sobald wir Ihnen ein Zimmer anbieten können. Bitte geben Sie uns Bescheid, wenn Sie an einer Vormerkung im Heim **nicht** mehr interessiert sind.

Datum

Unterschrift

Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum:

Dauerdiagnosen:

.....

.....

Derzeitige Medikation:

.....

.....

Körperlicher Zustand:

Gehfähig ja mit Hilfe nein

Stehfähig ja mit Hilfe nein

Bettlägerig ja zeitweise nein

Dekubitus ja nein

an welchen Stellen:

Kontrakturen ja nein

an welchen Stellen:

Lähmungen:

Harninkontinenz ja zeitweise nein

Stuhlinkontinenz ja zeitweise nein

Blasenkatheter ja nein

wenn ja dauernd vorübergehend

welcher

Magensonde

welche:

Körperliche Besonderheiten:

.....

meldepflichtige Erkrankungen nach IfSG §§ 6,7 ja nein

Allergien ja nein

welche:

letzte Tetanusimpfung am:

Sehvermögen: Hörvermögen:

- Orientierung:**
- zeitlich: ja teilweise nein
 - örtlich: ja teilweise nein
 - personell: ja teilweise nein
 - situativ ja teilweise nein
- Mot. Unruhe ja zeitweise nein
 - Nachts ruhig ja zeitweise nein
 - Hin-/Weglaufneigung ja zeitweise nein

Gemütslage:

- kooperativ ja zeitweise nein
- freundlich ja zeitweise nein
- herausforderndes Verhalten ja zeitweise nein
- depressive Stimmungslage ja zeitweise nein

- Kommunikation:** kontaktfreudig zurückgezogen isoliert

Bedarf fremder Hilfe:

- Aufstehen, Zubettgehen ja mit Unterstützung nein
- An- und Auskleiden ja mit Unterstützung nein
- Waschen ja mit Unterstützung nein
- Toilettengang ja mit Unterstützung nein
- Essen ja mit Unterstützung nein

- Suchtverhalten:** Alkohol Medikamente sonstige:

- Ernährung:** Vollkost Diabetes Diät Schonkost
- passiert mundgerecht normal

Allgemeine **Zusammenfassung:**.....

.....

.....

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes