

Voranmeldung zur Heimaufnahme

(Nichtzutreffendes bitte streichen)

vollstationär

Kurzzeitpflege von bis

Angaben zur Person (zukünftige/r Bewohner/in)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Geburtsname:

Familienstand:

Staatsangehörigkeit:

Konfession:

PA - Nr:

gültig bis:

Bisheriger Wohnsitz:

Krankenkasse: KV-Nr.:

Angehörige:

1. _____
(Name, Vorname, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefon: Verwandtschaftsgrad:

2. _____
(Name, Vorname, Straße, Hausnummer, PLZ, Ort)

Telefon: Verwandtschaftsgrad:

Betreuer oder Bevollmächtigter (Betreuungsausweis oder Vollmacht in Kopie hinzufügen)

Name, Vorname:

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort:

Telefon:

Aktenzeichen: Verwandtschaftsgrad:

Aufgabenkreis/e:

Wie sind Sie auf unser Haus aufmerksam geworden?

.....

Es handelt sich bei der Antragstellung nicht um einen Vertragsabschluss, dieser erfolgt erst mit der Unterzeichnung des Heimvertrages.

Der Einrichtungsträger ist verpflichtet, vertraulich mit meinen persönlichen Daten umzugehen.

Ort, Datum

Unterschrift d. Antragstellers

Unterschrift d. Aufzunehmenden

Ärztlicher Fragebogen

(vom Arzt auszufüllen)

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Krankenversicherung:

Versicherungsnummer:

1. Mobilität::

- | | | |
|---------------------------|----|------|
| • Gehfähig | ja | nein |
| • Treppensteigen möglich | ja | nein |
| • Bettlägrigkeit | ja | nein |
| • Dekubitusgefährdet | ja | nein |
| • Körperliche Behinderung | ja | nein |

Wenn ja, welcher Art:

.....

2. Kontinenz

- | | | | | | |
|--------|----|------|-------|-------|------|
| • Urin | ja | nein | Stuhl | ja | nein |
| • DK | ja | nein | Größe | | Ch. |
- Gewechselt am

Abführmaßnahmen

3. Orientierung

- | | | |
|--------------|----|------|
| • Zeitlich | ja | nein |
| • Räumlich | ja | nein |
| • Örtlich | ja | nein |
| • Zur Person | ja | nein |

4. Sonstige Eigenschaften (Aggressionen, Weglauftendenz)

.....

Sind zum Schutz des Patienten folgende Maßnahmen erforderlich:

- Bettgitter ja nein
 - Gurt am Stuhl / Rollstuhl ja nein
 - Gurt im Bett ja nein
 - Geschlossene Unterbringung ja nein
- Begründung.....

5. Schlafgewohnheiten

- Gestörter Tag / Nacht Rhythmus ja nein
- Schlafmittel ja nein

6. Erkrankungen, Diagnosen (körperlich, geistig – seelisch)

.....
.....
.....
.....

7. Suchterkrankungen

.....
.....

8. Ist Patient frei von ansteckenden Erkrankungen (TBC, MRSA Hepatitis etc.)

ja nein
Wenn nein, welche?

9. Frühere Erkrankungen, Operationen, Allergien

.....
.....
.....

10. Medikamente

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

11. **Sonstiges** (fachärztliche Betreuung notwendig)

.....
.....
.....
.....

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel Arzt