

Geplante Aufnahme am: _____ Bereich: _____ Zimmer-Nr.: _____

Langzeitpflege Eingliederungshilfe

Einzelzimmer Doppelzimmer

Persönliche Daten

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsname: _____

Derzeitiger Wohnort: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Angehörige(r)/Vertrauensperson

Name: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Betreuer/Betreuerin/Bevollmächtigte Person

Name: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

Betreuung / Vollmacht für: Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge
 Vermögensverwaltung Post
 Behördenangelegenheiten

Medizinische Daten

Krankenkasse: _____

Vers.nummer: _____

Pflegekasse: _____

Pflegegrad/HBG-Stufe: _____ Diagnosen: _____

Behandelnder Arzt/Ärztin: _____

Anschrift: _____ Telefonnummer: _____

Facharzt/-ärztin: _____

Anschrift: _____ Telefonnummer: _____

Bestehen folgende **pflegebedingte Phänomene**?

Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche/Grad?	
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche?	
Wunden	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Welche? Lokalisation:	

Liegen **ansteckende Krankheiten** vor? Ja Nein

<input type="checkbox"/>	Covid 19	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis A	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis B	
<input type="checkbox"/>	Hepatitis C	
<input type="checkbox"/>	TBC	
<input type="checkbox"/>	Krätze	
<input type="checkbox"/>	Chlostridium difficile	
<input type="checkbox"/>	MRSA	Welcher Keim? _____
<input type="checkbox"/>	MRGN	Lokalisation: <input type="checkbox"/> Nase, Rachen <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Haut <input type="checkbox"/> Sputum/Trachealsekret Sanierung eingeleitet? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Der Nachweis der vollständigen Covid-Impfung bzw. Genesenennachweis liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Datum der zweiten/dritten Impfung bzw. Datum der letzten negativen PCR-Testung (bei Genesenen)	
Die ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Aufnahme in ein Pflegeheim gem. § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz liegt vor	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Abrechnungsbezogene Daten

Übernimmt die aufzunehmende Person die Kosten selbst? Ja Nein

Rechnungsanschrift: _____

Ggf.: Sozialamt/Aktenzeichen: _____

Anschrift/Telefon: _____

Kostenübernahme beantragt? Ja, am _____ Nein

Ggf.: Ist die Genehmigung zur Tagesstruktur/Tagesförderstätte vorhanden? Ja Nein

Liegen die folgenden Nachweise vor?

Einzugsermächtigung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rentenüberleitung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---------------------	---	-------------------	---

Soll ein Barbetragkonto eingerichtet werden? Ja Nein

Werden folgende Hilfsmittel mitgebracht?

Rollator	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Unterarmstützen/Stock	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Weichlagerungsmatratze	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Brille	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hörgerät	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges			

Wie erfolgt der Umgang mit der Wäsche?

privat selbständig Wäschedienst

Welche Kostform wird benötigt?

<input type="checkbox"/> Diätkost	<input type="checkbox"/> Hochkalorische Kost	<input type="checkbox"/> leichte Vollkost
<input type="checkbox"/> passierte Kost	<input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> Vegetarisch
<input type="checkbox"/> ohne Schweinefleisch	<input type="checkbox"/> Sonstiges/Ernährungsbedingte Besonderheiten:	

Weitere spezifische Fragen

Krankheitsbeginn: _____

Krankheitsverlauf: _____

Stationäre Behandlung/ Ambulante Behandlung/Therapie: _____

Suizidversuche: Ja Nein _____

Aggressives Verhalten: _____

Dissoziales Verhalten: _____

Intelligenz / Minderbegabung: _____

Suchterkrankung (Alkohol / Drogen): _____

Körperliche Erkrankungen: _____

Körperliche Behinderungen: _____

Ansteckende Krankheiten: _____

Aktuelle Medikation: _____

Medikamenten-Compliance: _____

bisherige Heimaufenthalte: _____

Gründe, die zur Beendigung des Heimaufenthaltes führten: _____

Nachtwache erforderlich? Ja Nein

Fähigkeiten des Klienten

Selbstständigkeit: _____

Hilfe zur Pflege _____

Körperhygiene: _____

Eignung für WfB Ja Nein Sonstiges _____

Sonstiges

Ziele des Heimaufenthaltes / Betreuungsziele: _____

Geplante Dauer des Aufenthaltes: _____

Sonstige Bemerkungen: _____

Hinweis zum Datenschutz

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten für Verwaltungszwecke unter Einhaltung der geltenden Datenschutzgesetze gespeichert und verarbeitet werden dürfen. Diese Erklärung kann ich jederzeit widerrufen.

Datum und Ort Unterschrift

Vielen Dank für Ihre Mithilfe!