



1 Ansuchen Heimaufnahme

Per Fax an 05223 5805 3600

- Kurzzeitpflege
 Daueraufnahme
 Anderes: _____

1.1 Teil 1: Administrative Daten

HeimplatzbewerberIn/Name	
--------------------------	--

Geb. Datum:		Geb. Ort:	
Geburtsname:			
Staatsbürgerschaft:		Familienstand	
Religionsbekenntnis:		Seelsorge erwünscht:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Adresse Hauptwohnsitz			

Pflegestufe:	Erhöhung angesucht:	<input type="radio"/> Ja (Datum:) <input type="radio"/> Nein
--------------	---------------------	---

Rezeptgebührenbefreiung	<input type="radio"/> Ja (Datum:)	<input type="radio"/> Nein
Sozialversicherung:		
Versicherungsnummer:		

Vertrauensperson lt. HVerG §27e. lit. (1)

Name:	
Postadresse:	
E-Mailadresse:	
Mobiltelefonnummer:	

Sonstige Angehörige, Erwachsenenvertreter

Name	Beziehung	Anschrift, Telefonnummer:



HeimplatzbewerberIn / Name:

Einkommen und Vermögensverhältnisse:

Einkommen, Vermögen	Auszahlende Stelle	Höhe in €

Liegenschaften	<input type="radio"/> Ja übergeben <input type="radio"/> Ja Nicht übergeben	<input type="radio"/> Keine Liegenschaften
----------------	--	--

Sonstige Liegenschaften, Immobilien, Wertpapiere, Vermögenswerte:

Bezeichnung	Wert in €

Bankverbindung des HeimwerberIn:

IBAN:	BIC:
-------	------

Besteht eine Sterbevorsorge:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, in Form von:		

Hausarzt/Hausärztin:

Name	Telefon	Anschrift

Wichtige Vermerke:



1.2 Teil 2: Medizinische Information

(Bitte durch behandelnde Ärztin/ behandelnden Arzt ausfüllen)

Name: _____ DANKE für Ihre Mithilfe!

HeimplatzbewerberIn / Name: _____

Hauptdiagnosen

(für weitere Medizinische Diagnosen und Medikamente bitte Arztbrief beilegen!)

Probleme mit der Medikamenteneinnahme:	<input type="radio"/> Ja Welche:	<input type="radio"/> Nein
Zuletzt gemessene Vitalwerte		
Puls:	RR:	T:
Schmerzen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Kostform:	<input type="radio"/> Normal	<input type="radio"/> Diabetesdiät <input type="radio"/> Andere:
Besonderheiten/ Anmerkungen:		

Orientierung	Zeitlich	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Örtlich	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Situativ	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Zur eigenen Person	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Kontinenz	Harn	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Transuretraler Blasenkn.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Subrabubische Blasenkn.	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
	Stuhl	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Hautschäden	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche:		
Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Pflege (z.B. Ansteckende Erkrankungen):		
Sonstige Anmerkungen:		



1.3 Teil 2: Pflegerische Informationen:

(Bitte durch zuständige Diplompflegeperson ausfüllen)

Name: _____ DANKE für Ihre Mithilfe!

HeimplatzbewerberIn / Name: _____

Selbstständigkeitsindex nach Jones

Legende

0: vollkommen selbstständig

1: großteils selbstständig (braucht Erinnerung bzw. etwas Hilfe)

2: geringfügig selbstständig (ist zu 50% auf fremde Hilfe angewiesen)

3: großteils unselbstständig (zu mehr als 50% auf fremde Hilfe angewiesen)

4: vollkommen unselbstständig (Aktivität muss zu 100% übernommen werden)

Aktivität	0	1	2	3	4
Trinken (und essen) (Vorbereitung, Zerkleinern, Einnahme von Nahrung)					
Kleiden					
Waschen					
Harnausscheidung					
Stuhlausscheidung					
Mobilität					
Kommunizieren (sich mitteilen und verstehen können – hören, sehen, sprechen)					
Sich beschäftigen (arbeiten, sich mit etwas befassen können, sinnvolle Tätigkeiten übernehmen können)					
Für (eigene) Sicherheit sorgen					

Ergänzungen: _____

Gewicht (in kg)		Körpergröße (in cm)	
Gewichtsverlust die letzten 3 Monaten? Wenn ja, wie viel und Ursache (falls bekannt)?	<input type="radio"/> Ja Wie viel? Ursache(n)?	<input type="radio"/> Nein	
Ernährungsverhalten: Isst	<input type="radio"/> Viel	<input type="radio"/> Wenig	
Schluckstörungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	

Mobilitätshilfen	
------------------	--



HeimplatzbewerberIn / Name: _____

Stürze in den letzten 3 Monaten?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
----------------------------------	--------------------------	----------------------------

Schläft durch	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Schläft nur mit Medikamente durch	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Umherirren	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Pflegerische schlaffördernde Maßnahmen:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Licht im Zimmer	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Socken	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sonstige	<input type="radio"/> Ja Welche:	<input type="radio"/> Nein
Anmerkungen:		

Körperpflege	<input type="radio"/> Duschen (Wie oft / Woche: _____)
	<input type="radio"/> Baden (Wie oft / Woche: _____)
	<input type="radio"/> Waschbecken (Wie oft / Woche: _____)

Vorlieben	
Hautbild	
Anmerkungen	

Sinneseinschränkung

Brille	<input type="radio"/> Ja Wie viele?:	<input type="radio"/> Nein
Hörgerät	<input type="radio"/> Ja O rechts O links	<input type="radio"/> Nein
Mundhöhle	<input type="radio"/> Unverändert	<input type="radio"/> Verändert
Eigene Zähne	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Teilprothese	<input type="radio"/> Ja (o OK o UK)	<input type="radio"/> Nein
Vollprothese	<input type="radio"/> Ja (o OK o UK)	<input type="radio"/> Nein
Keine Zähne mehr	<input type="radio"/> Ja (o OK o UK)	<input type="radio"/> Nein
Anmerkungen:		

Ausscheidung

Inkontinenzhilfsmittel		
Letzter Stuhlgang am:		
Stuhlgang regelm. (mind. alle 3 T.)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Neigt zu Obstipation	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Neigt zu Diarrhoe	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Anmerkungen:		