



Per Fax an 05223/5805-3600

**ANSUCHEN HEIMAUFNAHME
Teil 1: Administrative Daten**

Wohn- und Pflegeheime

Datum:

Kurzzeitpflege Daueraufnahme Anderes:

Heimplatzwerber / Name:

_____ Geschlecht: männlich weiblich

Geb. Dat.: _____ Geb. Ort: _____

Geburtsname: _____

Staatsbürgerschaft: _____ Familienstand: _____

Religionsbekenntnis: _____ Seelsorge erwünscht: Ja Nein

Adresse Hauptwohnsitz: _____

Pflegegeldstufe:	Erhöhung angesucht: <input type="checkbox"/> Ja (Datum: _____)	<input type="checkbox"/> Nein
-------------------------	--	-------------------------------

Rezeptgebührenbefreiung Ja (Datum: _____) Nein

Sozialversicherung: _____ Versicherungsnummer: _____

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

Name: _____

Postadresse: _____

E-Mailadresse _____ Mobiltelefonnummer _____

Kann und soll die Vertrauensperson rund um die Uhr bei wichtigen Ereignissen kontaktiert werden? (Akute Verschlechterung, Terminalstadium,-Finalphase, Transferierungen, ...) Ja Nein

Sonstige Angehörige, Sachwalter:

Name	Beziehung	Anschrift, Telefonnummer



Heimplatzwerber / Name:

Wohn- und Pflegeheime

Einkommens und Vermögensverhältnisse:

Einkommen, Vermögen	auszahlende Stelle	Höhe in €

Liegenschaften: Ja → übergeben → **NICHT** übergeben keine Liegenschaften

Sonstige Liegenschaften, Immobilien, Wertpapiere, Vermögenswerte:

Bezeichnung	Wert in €

Bankverbindung des Heimwerbers:

IBAN:

BIC:

Besteht eine Sterbevorsorge: Ja Nein

Wenn ja, in Form von:

Hausarzt:

Name	Telefon	Anschrift

Wichtige Vermerke:



Per Fax an 05223/5805-3600

ANSUCHEN HEIMAUFNAHME

Wohn- und Pflegeheime

Teil 2: Medizinische Informationen:

(Bitte durch behandelnde Ärztin / behandelnden Arzt ausfüllen)

Name:

Hauptdiagnosen

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

Probleme mit der Medikamenteneinnahme: Ja Welche: Nein

Allergien: Ja Welche: Nein

Zuletzt gemessene Vitalwerte:

Puls: RR: T:
Schmerzen: Ja Nein

Kostform: Normal Diabetesdiät Andere

Besonderheiten:

Anmerkungen:

Orientierung: Zeitlich Ja Nein
Örtlich Ja Nein
Situativ Ja Nein
Zur eigenen Person Ja Nein

Kontinenz: Harn Ja Nein
Transuretraler Blasenk. Ja Nein
Subrabubische Blasenf. Ja Nein
Stuhl Ja Nein

Hautschäden: Ja Nein

Wenn ja, welche:

Besondere Vorsichtsmaßnahmen für die Pflege (z.B. Ansteckende Erkrankungen) :

Sonstige Anmerkungen:

DANKE für Ihre Mithilfe!



Per Fax an 05223/5805-3600

ANSUCHEN HEIMAUFNAHME

Wohn- und Pflegeheime

Teil 3: Pflegerische Informationen:

(Bitte durch zuständige Diplompflegeperson ausfüllen)

Name:

Selbständigkeitsindex nach Jones

Legende

- 0. vollkommen selbständig (erledigt die Aktivität zu 100% selbst)
- 1. größtenteils selbständig (braucht Erinnerung bzw. etwas Hilfe)
- 2. geringfügig selbständig (ist zu 50% auf fremde Hilfe angewiesen)
- 3. größtenteils unselbständig (zu mehr als 50% auf fremde Hilfe angewiesen)
- 4. vollkommen unselbständig (Aktivität muss zu 100% übernommen werden)

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

Ergänzungen:

Gewicht (in kg):

Körpergröße (in cm):

Gewichtsverlust die letzten 3 Monate? Wenn ja, wie viel und Ursache? (falls bekannt?)

Ja

Nein

Wie viele?

Ursache(n)?

Ernährungsverhalten:

Isst viel

wenig

Besondere Vorlieben:

Abneigungen:

Schluckstörungen

Ja

Nein

Anmerkungen:



Mobilitätshilfen:

Wohn- und Pflegeheime



Name: _____

Stürze in den letzten 3 Monaten?

Ja Nein

Wann?

Wie viele?

Ursache(n)? (falls bekannt)

Wohn- und Pflegeheime

Anmerkungen:

Schläft durch (Wenn ja, wie viele Stunden)

Ja () Nein

Schläft nur mit Medikamenten durch

Ja Nein

Umherirren

Ja Nein

Pflegerische schlaffördernde Maßnahmen:

Licht im Zimmer

Ja Nein

Socken

Ja Nein

Getränk (z.B. warme Milch mit Honig, ...)

Ja Nein

Wenn ja, welches?

Andere Schlafrituale (z.B. Musik, ...)

Ja () Nein

Anmerkungen:

Körperpflege

duschen (Wie oft / Woche: Uhrzeit:)

baden (Wie oft / Woche: Uhrzeit:)

Waschbecken (Wie oft / Woche: Uhrzeit:)

Vorlieben:

Hautbild:

Anmerkungen:

Sinneseinschränkung

Brille

Ja (wie viele?) Nein

Hörgerät(e)

Ja (o rechts o links) Nein

Mundhöhle:

unverändert verändert

Eigene Zähne:

Ja Nein

Teilprothese:

Ja (o OK o UK) Nein

Vollprothese:

Ja (o OK o UK) Nein

Keine Zähne mehr:

Ja (o OK o UK) Nein

Anmerkungen:

Ausscheidung

Inkontinenzhilfsmittel:

Letzter Stuhlgang am:

Stuhlgang regelm. (min. alle 3 T.) Ja Nein

Neigt zu Obstipation

Ja Nein

Neigt zu Diarrhoe

Ja Nein

Anmerkungen:

DANKE für Ihre Mithilfe!