



Anmeldung zur Heimaufnahme

Anmeldung zur Kurzzeitpflege

vom _____ bis _____

Familienname: _____

Vorname: _____

Geschlecht: _____

Geburtstag: _____

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Konfession: _____

Beruf: _____

Familienstand: led. verh. verw. gesch.

Bisherige Anschrift / 1. Wohnsitz

Straße: _____

Ort: _____

Telefon: _____

Derzeitiger Aufenthalt

Bezeichnung: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigter:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____

Handy: _____

Telefax: _____

Das Aufgabengebiet umfasst:

Gesundheitspflege

Bestimmung des Aufenthalts

Wohnungsangelegenheiten

Vermögensangelegenheiten

Rentenangelegenheiten

Sozialhilfeangelegenheiten

Angehörige / Hauptansprechpartner

Name, Vorname: _____

wie verwandt: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Handy: _____

Name, Vorname: _____

wie verwandt: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Handy: _____

Hausarzt

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Weiterer (Fach-)Arzt

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Es besteht bereits eine Eingradung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen gem. §§ 15 und 18, SGB XI

- für die ambulante stationäre Pflege
mit dem Ergebnis:
 Pfl.Grad 0 Pfl.Grad 1 Pfl.Grad 2
 Pfl.Grad 3 Pfl.Grad 4 Pfl.Grad 5

- Leistungen aus der Pflegeversicherung sind beantragt
 müssen noch beantragt werden
 es besteht kein Anspruch

Angaben zu Leistungen aus der Sozialhilfe für die stationäre Pflege gem. §§ 35, 61 SGB XII, § 12 PfG NW
Leistungen aus der Sozialhilfe

- sind beantragt
 müssen noch beantragt werden
 es besteht kein Anspruch

Krankenkasse / Pflegekasse

Bezeichnung: _____
Sachbearb.: _____
Mitglieds-Nr.: _____
Anschrift: _____
PLZ / Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____

Kostenträger / Träger der Sozialhilfe

Bezeichnung: _____
Sachbearb.: _____
Aktenzeichen: _____
Anschrift: _____
PLZ / Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____

Befreiungen

- Zahlung Rezept- und Praxisgebühr ja nein GEZ ja nein
Zuzahlung Fahrt- u. Transportkosten ja nein Telefon ja nein

Angaben zu Einkommens- und Vermögenswerte (bitte nur bei vollstationärer Pflege auszufüllen)

Renten / Einkommen

1.) _____ 2.) _____ 3.) _____ 4.) _____
€ _____ € _____ € _____ € _____

Bitte Kopien beifügen

Bankverbindung

Bank: _____
Kto.: _____ BLZ: _____
IBAN: _____

Informationen zum Pflege-/Hilfebedarf

Name, Vorname (Bewohner/KZP-Gast): _____

1. Bestehen körperliche Einschränkungen; wenn ja, welche?

Sehvermögen eingeschränkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Brille	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Hörvermögen eingeschränkt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Hörgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zahnprothesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> oben	<input type="checkbox"/> unten
sonstige Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
(wenn ja, welche)				
				
				

2. Hilfe wird benötigt beim ...

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (a. d. Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

3. Der Bewohner(in) / Kurzzeitpflegegast ist ...

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönl. orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Treten nachts Unruhezustände auf?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Ist der Bewohner(in) / Kurzzeitpflegegast
bettlägerig?**

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Liegt Inkontinenz vor?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Liegen Informationen zu MRSA vor?

Ja, welche:

Nein

8. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC?

Ja, nämlich:

Nein

9. Wie ist die Gemütsstimmung / seelische Verfassung?

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

10. Bestehen körperliche Beeinträchtigungen / wenn ja, wie äußern sich diese?

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

11. Besteht eine Sucht-Krankheit / wenn ja, wie äußern sich diese?

.....
.....

12. Liegen psychische Störungen vor / wenn ja, wie äußern sich diese?

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

13. Liegen Informationen zu Schmerzen vor / wenn ja, wie äußern sich diese?

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

14. Welche Medikamente müssen verabreicht werden / Dosierung?

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

15. Ist Diät / Schon- oder Sondenkost erforderlich / wenn ja, welcher Art?

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

16. Diagnosen:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

17. Sonstige wichtige Hinweise / Bemerkungen:

.....

.....

.....

.....

Datum

Unterschrift des zukünftigen Bew. bzw. Bevollmächtigter