



128 a

Aufnahmebogen Seniorenheim Neandertal

Talstrasse 189, 40822 Mettmann, Tel. 02104-9870, Fax 02104-987155

Internet: www.seniorenheim-neandertal.de

Pflegebedürftiger

Name des / der Pflegebedürftigen:	Vorname:	Geburtsdatum + Ort:	Geburtsname:
Bisheriger Wohnort:		Telefonnummer:	Staatsangehörigkeit:
Familienstand seit:	Eheschließung Datum, Standesamt:		Konfession:

Bezugspersonen der / des Pflegebedürftigen

1. Kontakt: Name, Vorname:	Postanschrift:	Telefon:
Verwandschaftsv.: Funktion:	Email:	Mobiltelefon:
2. Kontakt: Name, Vorname:	Postanschrift:	Telefon:
Verwandschaftsv.: Funktion:	Email:	Mobiltelefon:
3. Kontakt: Name, Vorname:	Postanschrift:	Telefon:
Verwandschaftsv.: Funktion:	Email:	Mobiltelefon:
4. Kontakt: Name, Vorname:	Postanschrift:	Telefon:
Verwandschaftsv.: Funktion:	Email:	Mobiltelefon:

5. Sonstige Kontakte: Name, Vorname:	Telefon / Email / Mobiltelefon
Name, Vorname:	Telefon / Email / Mobiltelefon
6. Ärzte: Name:	Telefon / Email / Mobiltelefon

Wird vom Seniorenheim ausgefüllt !

Vertragsform: Kurzzeitpflege: Vollstationär: Kurzzeitpflege mit Option Vollstationär:

Grund der Kurzzeitpflege

Vertragsbeginn: _____

Einzugsdatum: _____

Zimmernummer: _____

Pflegegrad:

1 2 3 4 5 Patientenverfügung: ja nein Schwerbehinderung: ja nein

Kostform: _____

Näharbeiten: ja nein Anrecht auf Kleidergeld: ja nein

Amtliche Post an: _____

Kranken- und Pflegeversicherung

Name Kranken- u. Pflegeversicherung:	Versicherungsnummer:
Anschrift der Versicherung:	
Rezeptgebührenbefreiung:	
Zusatzversicherung:	
Zusätzliche Informationen:	

Begegnet älteren Menschen mit Achtung und helft ihnen, wo ihr könnt Die Bibel

1. Rente 1:	€	Rententräger:
2. Rente 2:	€	Rententräger:
3. Sonstiges	€	Rententräger:

Vermögenswerte oberhalb der Freibetragsbegrenzung gemäß SGB	
(nach dem aktuellen Satz des SGB XII)	
1. Sparguthaben: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	2. Haus-/ Grundbesitz: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
3. Andere Vermögenswerte: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Pflegebedürftigkeit von der Pflegekasse bescheinigt (bitte Kopie beifügen)				
Grad 1: <input type="checkbox"/>	Grad 2: <input type="checkbox"/>	Grad 3: <input type="checkbox"/>	Grad 4: <input type="checkbox"/>	Grad 5: <input type="checkbox"/>
Eine Bescheinigung ist noch nicht erstellt worden <input type="checkbox"/>		Bescheinigung liegt bei		

Sozialhilfeantrag gestellt	
ja <input type="checkbox"/>	Anschrift des Sozialamtes:
nein <input type="checkbox"/>	
am	

Sonstige Kostenträger (z.B. Beihilfekasse)	
ja <input type="checkbox"/>	Anschrift des Kostenträgers:
nein <input type="checkbox"/>	

Schwerbehinderung	
Grad in % :	Anschrift des Versorgungsamtes:
Merkzeichen:	

Gewünschter Aufnahmeterrmin	Wird vom Seniorenheim ausgefüllt !
Quartal / Kalenderjahr:	Lastschrift ab: <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Doppelzimmer: <input type="checkbox"/>	Monatsrechnung: ja: <input type="checkbox"/> nein: <input type="checkbox"/>
Einzelzimmer: <input type="checkbox"/>	Rechnungsanschrift:
Bemerkung:	

_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers



Aufnahmebogen für das Seniorenheim Neandertal

Talstrasse 189, 40822 Mettmann, Tel. 02104-9870, Fax 02104-987155

Internet: www.seniorenheim-neandertal.de

Ärztlicher Teil

Name:	Vorname:	Geb. Datum:	Name Hausarzt:
-------	----------	-------------	----------------

Anamnese / Vorerkrankungen

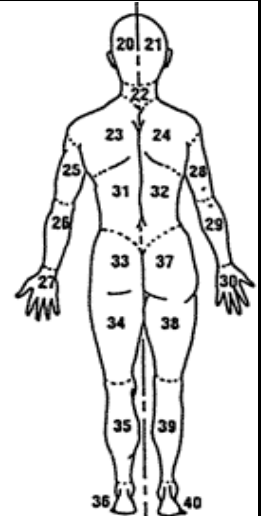
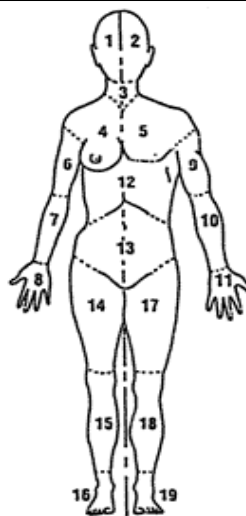
Datum:	Diagnose:	Datum:	Diagnose:

Medikamente	morgens	mittags	abends	nachts	Bemerkung

Wundversorgung

Wundmarkierung

Dekubitus: nein ja Wo →
 Grösse/Tiefe trocken feucht



Ansteckungsgefahr

Der Patient / die Patientin ist frei von ansteckenden Krankheiten (z.B. Hepatitis, MRSA, TBC usw.)

Der Pat./ die Patientin ist **nicht** frei v. ansteckenden Krankheiten (z.B. Hepatitis, MRSA, TBC usw.)

Besonderheiten Allergien, Anfallsleiden, Herzschrittmacher

Impfungen

	Tetanus:
	Gripeschutz:
	Sonstige:

Datum: Unterschrift: Tel. Durchwahl: Stempel



Aufnahmebogen für das Seniorenheim Neandertal

Talstrasse 189, 40822 Mettmann, Tel. 02104-9870, Fax 02104-987155

Internet: www.seniorenheim-neandertal.de

Pflegeanamnese

Name:	Vorname:	Geb. Datum:
-------	----------	-------------

Körperpflege / Kleidung				Bewegung / Lagerung			
	selbständig	geringe Hilfe	vollst. Hilfe		selbständig	geringe Hilfe	vollst. Hilfe
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mundpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzung Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzung Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Besonderheiten (Hautzustand, Pflegemittel, Gewohnheiten)
--

Ernährung					Sondenkost:		
	selbständig	Anregung Aufforderung	geringe Hilfe	vollständige Hilfe	Art:	tägl. Menge:	ml
Hilfe b. Essen:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Schwerkraft:	<input type="checkbox"/>	
Essgewohnheiten (Bedürfnisse):					Pumpe:	<input type="checkbox"/>	pro Std: ml
					Sonde liegt seit:		

Tägliche Trinkmenge:	ml	Ressourcen / Bedürfnisse:
----------------------	----	---------------------------

Trinkverhalten:

Ausscheidungen						
Hilfe nötig	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	Stuhlgang normal	<input type="checkbox"/>	
Art der Hilfe:				eher Durchfall	<input type="checkbox"/>	eher Verstopfung <input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	letzter Stuhlgang:		
Stuhlinkontinenz	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	gelegentlich <input type="checkbox"/>	Toilettengang alle Stunden		
Blasenkatheter:	ja <input type="checkbox"/>	letzter Wechsel:		Inkontinenzbescheinigung seit dem:		
Bedürfnisse / Gewohnheiten:						

Kommunikation			Orientierung					
Hörgerät re.	<input type="checkbox"/>	Hörgerät li.	<input type="checkbox"/>	Brille	<input type="checkbox"/>	ja	nein	zeitweise
Sprache (Sprechvermögen, Einschränkungen, Störungen):			Zur Person:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sehen (Sehvermögen, Sehstörungen, Sehhilfen):			Zum Ort:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Hören (Hörvermögen, Sprachverständnis):			Zur Zeit:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			Situation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
			Kann Hilfe erbitte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Ressourcen:			Ressourcen:					

Nonverbale Möglichkeiten:		Bewußtseinslage			
Befinden in der Nacht		wach:	<input type="checkbox"/>	ansprechbar:	<input type="checkbox"/>
Schlafstörungen (regelm.): <input type="checkbox"/>		somnolent:	<input type="checkbox"/>	komatös:	<input type="checkbox"/>
nächtliche Unruhezustände (regelm.): <input type="checkbox"/>		Anmerkung:			

Pflegegrad							Körpergröße / Gewicht / Vitalwerte					
Akt. Pflegegrad:	0	1	2	3	4	5	Körpergröße:	gemessen am:				
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Blutzucker:	Blutdruck:				
Neueinstufung beantragt am:							Gewicht:	gemessen am:				
							kachektisch:	<input type="checkbox"/>	schlank:	<input type="checkbox"/>	normal:	<input type="checkbox"/>
							vollschlank:	<input type="checkbox"/>	adipös:		<input type="checkbox"/>	

Vitale Funktionen		Freizeit und Beschäftigung	
Durchblutungsstörungen <input type="checkbox"/>	Ödeme: <input type="checkbox"/>	ist motiviert: <input type="checkbox"/>	sucht Beschäftigung: <input type="checkbox"/>
Schwindel: <input type="checkbox"/>	Atemnot: <input type="checkbox"/>	kann sich konzentrieren: <input type="checkbox"/>	beschäftigt sich selbst: <input type="checkbox"/>
verschleimte Atemwege: <input type="checkbox"/>	verminderte Herzleistung: <input type="checkbox"/>	Selbstüberschätzung: <input type="checkbox"/>	ist gelangweilt: <input type="checkbox"/>
friert leicht: <input type="checkbox"/>	Atemeinschränkung: <input type="checkbox"/>	Desorientiertheit: <input type="checkbox"/>	Angst / Furcht: <input type="checkbox"/>
Hypotonie: <input type="checkbox"/>	Schmerzen beim Atmen: <input type="checkbox"/>	Fehlender Antrieb, Motivati <input type="checkbox"/>	Depression: <input type="checkbox"/>
Hypertonie: <input type="checkbox"/>	eingeschränkte Belastbarkeit: <input type="checkbox"/>	kann den Tagesablauf selbst gestalten: <input type="checkbox"/>	
kann Zimmertemperatur selbst regulieren: <input type="checkbox"/>		kann Anleitungen verstehen: <input type="checkbox"/>	
kann Kleidung selbst wählen: <input type="checkbox"/>		Eigen- und Fremdgefährdung durch falsches Handeln: <input type="checkbox"/>	
kann Hilfe anfordern: <input type="checkbox"/>		kann sich nur kurze Zeit konzentrieren: <input type="checkbox"/>	
Sonstiges:		Raucher: <input type="checkbox"/>	Nichtraucher: <input type="checkbox"/>
Geschlechterrolle		Eigene Sicherheit gewährleisten	
Akzeptiert die Regeln des Zusammenlebens: <input type="checkbox"/>			
Hat ein intaktes Schamgefühl: <input type="checkbox"/>		Erkennt Gefahren und reagiert angemessen: <input type="checkbox"/>	
Kann seine / ihre Wünsche äußern: <input type="checkbox"/>		Kann sich auf neue Verhältnisse einstellen: <input type="checkbox"/>	
Lehnt Hilfe des anderen Geschlechts ab: <input type="checkbox"/>		Vertraut den Personen der Umgebung: <input type="checkbox"/>	
Kann sich nicht geschlechtsspezifisch kleiden: <input type="checkbox"/>		Kann die Notrufanlage entsprechend nutzen: <input type="checkbox"/>	
Hat ein starkes Bedürfnis nach Zärtlichkeit: <input type="checkbox"/>		Erkennt allgemeine Gefahren nicht: <input type="checkbox"/>	
Angst vor dem anderen Geschlecht: <input type="checkbox"/>		Gefährdet sich mit Stromquellen: <input type="checkbox"/>	
Aggression gegen das andere Geschlecht: <input type="checkbox"/>		Gefährdet sich mit offenen Fenstern, Türen usw. <input type="checkbox"/>	
Abwehr gegen Körperkontakt und Berührung: <input type="checkbox"/>		Bedürfnisse:	
Sexuelle Übergriffe: <input type="checkbox"/>	enthemmtes Verhalten: <input type="checkbox"/>		
Bedürfnisse:			
Soziale Bereiche			
Will informiert sein <input type="checkbox"/>	Sprachbarrieren <input type="checkbox"/>	Hat Kontakt zu Angehörigen / Vertrauenspersonen <input type="checkbox"/>	
Kann sich konzentrieren <input type="checkbox"/>	Ist gruppenfähig <input type="checkbox"/>	Pflegt telefonische Kontakte <input type="checkbox"/>	
Ist eigeninitiativ <input type="checkbox"/>	Ist kontaktfreudig <input type="checkbox"/>	Nimmt Hilfe und Unterstützung an <input type="checkbox"/>	
Ist interessiert an Neuem <input type="checkbox"/>	Zieht sich zurück <input type="checkbox"/>	Kann Kontakte nicht aufrecht erhalten <input type="checkbox"/>	
Ist antriebsarm <input type="checkbox"/>	Fühlt sich isoliert <input type="checkbox"/>	Ressourcen / Bedürfnisse: <input type="checkbox"/>	
Ist mißtrauisch <input type="checkbox"/>	Ängste <input type="checkbox"/>		
Existenzielle Erfahrungen			
Hat Lebensmut: <input type="checkbox"/>		Setzt sich mit neuen Gegebenheiten auseinander: <input type="checkbox"/>	
Ist offen für Gespräche: <input type="checkbox"/>		Findet Kraft und Halt: <input type="checkbox"/>	
Teilt ihre / seine Gefühle mit: <input type="checkbox"/>		Geht selbstständig mit Trauer um: <input type="checkbox"/>	
Drückt eigenen Schmerz aus: <input type="checkbox"/>		Beschäftigt sich aktiv mit Verlusten: <input type="checkbox"/>	
Akzeptiert Abhängigkeit nicht: <input type="checkbox"/>		Fügt sich schwer in Gemeinschaft ein: <input type="checkbox"/>	
Fühlt sich abgeschoben / wertlos: <input type="checkbox"/>		Hat Angst vor neuem Lebensabschnitt: <input type="checkbox"/>	
Sieht im eigenen Leben keinen Sinn: <input type="checkbox"/>		Verlust von Eigenständigkeit: <input type="checkbox"/>	
Hat Angst vor <input type="checkbox"/>		Verlust von <input type="checkbox"/>	
Hadert mit dem eigenen Schicksal: <input type="checkbox"/>		Kann Freude empfinden: <input type="checkbox"/>	
Schmerzen			
Keine Schmerzen: <input type="checkbox"/>	wenn ja wo:		
Schmerzen: <input type="checkbox"/>	Schmerzmedikation: <input type="checkbox"/>	siehe Medikamente: <input type="checkbox"/>	
Datum:	Unterschrift:	Tel. Durchwahl:	Stempel