

**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**

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

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

Amtliche Post an:

**Kranken- und Pflegeversicherung**

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

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  nein

2. Haus-/ Grundbesitz: ja  nein

3. Andere Vermögenswerte: ja  nein

### Pflegebedürftigkeit von der Pflegekasse bescheinigt (bitte Kopie beifügen)

Grad 1:  Grad 2:  Grad 3:  Grad 4:  Grad 5:

Eine Bescheinigung ist noch nicht erstellt worden  Bescheinigung liegt bei

### Sozialhilfeantrag gestellt

ja  Anschrift des Sozialamtes:

nein

am

### Sonstige Kostenträger (z.B. Beihilfekasse)

ja  Anschrift des Kostenträgers:

nein

### Schwerbehinderung

Grad in % : Anschrift des Versorgungsamtes:

Merkzeichen:

### Gewünschter Aufnahmeterrmin

Quartal / Kalenderjahr:

Doppelzimmer:

Einzelzimmer:

Bemerkung:

### Wird vom Seniorenheim ausgefüllt !

Lastschrift ab:

--	--	--

Monatsrechnung: ja:  nein:

Rechnungsanschrift:

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

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



# 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"/>	
Ressourcen:				Situation:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nonverbale Möglichkeiten:				Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Befinden in der Nacht				Kann Hilfe erbitte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Schlafstörungen (regelm.): <input type="checkbox"/>				Ressourcen:				
ungestört: <input type="checkbox"/>				Bewußtseinslage				
nächtliche Unruhezustände (regelm.): <input type="checkbox"/>				wach: <input type="checkbox"/>				ansprechbar: <input type="checkbox"/>
Schlafrituale:				somnolent: <input type="checkbox"/>				komatös: <input type="checkbox"/>
Bedürfnisse:				Anmerkung:				

Körpergröße / Gewicht / Vitalwerte								
Körpergröße: gemessen am:								
Blutzucker: Blutdruck:								
Gewicht: gemessen am:								
kachektisch: <input type="checkbox"/>							schlank: <input type="checkbox"/>	normal: <input type="checkbox"/>
vollschlank: <input type="checkbox"/>							adipös: <input type="checkbox"/>	

Pflegegrad						
Akt. Pflegegrad:	0	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neueinstufung beantragt am:						

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
<i>Begegnet älteren Menschen mit Achtung und helft ihnen, wo ihr könnt</i>			Die Bibel
Rev. 1.8/ 2021	FormAu 03	<b>Seniorenheim Neandertal</b>	



# Aufnahmebogen für das Seniorenheim Neandertal

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

Internet: [www.seniorenheim-neandertal.de](http://www.seniorenheim-neandertal.de)

## Ärztlicher Teil

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

### Anamnese / Vorerkrankungen

Datum:	Diagnose:	Datum:	Diagnose:

### Medikamente

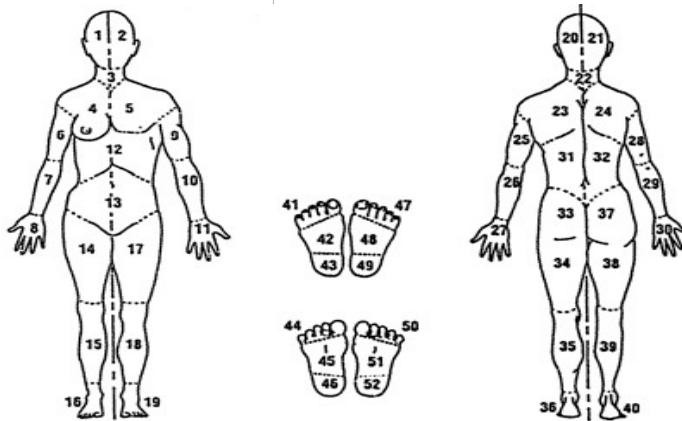
Medikamente	morgens	mittags	abends	nachts	Bemerkung

### Wundversorgung

Dekubitus: nein  ja  Wo →

Grösse/Tiefe trocken  feucht

### Wundmarkierung



### 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:  ja  nein

Gripeschutz:  ja  nein

### SARS-CoV-2 Status

genesen seit: \_\_\_\_\_

Impfschutz / Genesung liegt bereits \_\_\_\_\_ Monate zurück

vollständig geimpft mit: \_\_\_\_\_

am: \_\_\_\_\_ (  1 Dosis  2 Dosen)

unvollständig geimpft mit \_\_\_\_\_

seit: \_\_\_\_\_ vorauss. 2. Impfung am: \_\_\_\_\_

Bemerkungen:

Datum:

Unterschrift:

Tel. Durchwahl:

Stempel