



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:	Konfession:		

Bezugspersonen der / des Pflegebedürftigen

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

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 Aufnahmetermin		
Quartal / Kalenderjahr:		
Doppelzimmer: ☐		
Einzelzimmer: ☐		
Bemerkung:		
Ort, Datum Unterschrift des Antragstellers		
Begegnet älteren Menschen mit Achtung und hilft ihnen, wo ihr könnt Die Bibel		
Rev. 2.1/ 2025 FormAu 02 Seniorenheim Neandertal		



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	☐	☐	☐	Aufstehen	☐	☐	☐
Mundpflege	☐	☐	☐	Gehen	☐	☐	☐
Zahnprothese	☐	☐	☐	Benutzung Gehhilfe	☐	☐	☐
Rasieren	☐	☐	☐	Benutzung Rollstuhl	☐	☐	☐
An- Auskleiden	☐	☐	☐	Sitzen	☐	☐	☐
Besonderheiten (Hautzustand, Pflegemittel, Gewohnheiten)							

Ernährung					Sondenkost:	
	selbständig	Anregung Aufforderung	geringe Hilfe	vollständige Hilfe	Art:	tägl. Menge: ml
Hilfe b. Essen:	☐	☐	☐	☐	Schwerkraft:	☐
Essgewohnheiten (Bedürfnisse):					Pumpe:	☐ pro Std: ml
					Sonde liegt seit:	

Tägliche Trinkmenge:		ml	Ressourcen / Bedürfnisse:
Trinkverhalten:			

Ausscheidungen					
Hilfe nötig	ja ☐	nein ☐	gelegentlich ☐	Stuhlgang normal	☐
Art der Hilfe:				eher Durchfall	☐ eher Verstopfung ☐
Harninkontinenz	ja ☐	nein ☐	gelegentlich ☐	letzter Stuhlgang:	
Stuhlinkontinenz	ja ☐	nein ☐	gelegentlich ☐	Toilettengang alle Stunden	
Blasenkatheter:	ja ☐	letzter Wechsel:		Inkontinenzbescheinigung seit dem:	
Bedürfnisse / Gewohnheiten:					

Kommunikation			Orientierung					
Hörgerät re.	☐	Hörgerät li.	☐	Brille	☐	ja	nein	zeitweise
Sprache (Sprechvermögen, Einschränkungen, Störungen):				Zur Person:	☐	☐	☐	☐
				Zum Ort:	☐	☐	☐	☐
Sehen (Sehvermögen, Sehstörungen, Sehhilfen):				Zur Zeit:	☐	☐	☐	☐
				Situation:	☐	☐	☐	☐
Hören (Hörvermögen, Sprachverständnis):				Weglauftendenz	☐	☐	☐	☐
				Kann Hilfe erbitten	☐	☐	☐	☐
Ressourcen:				Ressourcen:				

Nonverbale Möglichkeiten:		Bewußtseinslage		
Befinden in der Nacht		wach:	☐ ansprechbar:	☐
Schlafstörungen (regelm.): ☐ ungestört: ☐		somnolent:	☐ komatös:	☐
nächtliche Unruhezustände (regelm.): ☐		Anmerkung:		

Schlafrituale:		Körpergröße / Gewicht / Vitalwerte			
Bedürfnisse:		Körpergröße:	gemessen am:		
Pflegegrad		Blutzucker:	Blutdruck:		
Akt. Pflegegrad:	0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐	Gewicht:	gemessen am:		
		kachektisch:	☐ schlank:	☐ normal:	☐
Neueinstufung beantragt am:		vollschlank:	☐ adipös:	☐	

Vitale Funktionen		Freizeit und Beschäftigung	
Durchblutungsstörungen ☐	Ödeme: ☐	ist motiviert: ☐	sucht Beschäftigung: ☐
Schwindel: ☐	Atemnot: ☐	kann sich konzentrieren: ☐	beschäftigt sich selbst: ☐
verschleimte Atemwege: ☐	verminderte Herzleistung: ☐	Selbstüberschätzung: ☐	ist gelangweilt: ☐
friert leicht: ☐	Atemeinschränkung: ☐	Desorientiertheit: ☐	Angst / Furcht: ☐
Hypotonie: ☐	Schmerzen beim Atmen: ☐	Fehlender Antrieb, Motivatio ☐	Depression: ☐
Hypertonie: ☐	eingeschränkte Belastbarkeit: ☐	kann den Tagesablauf selbst gestalten: ☐	
kann Zimmertemperatur selbst regulieren: ☐		kann Anleitungen verstehen: ☐	
kann Kleidung selbst wählen: ☐		Eigen- und Fremdgefährdung durch falsches Handeln: ☐	
kann Hilfe anfordern: ☐		kann sich nur kurze Zeit konzentrieren: ☐	
Sonstiges:		Raucher: ☐	Nichtraucher: ☐
Geschlechterrolle		Eigene Sicherheit gewährleisten	
Akzeptiert die Regeln des Zusammenlebens: ☐			
Hat ein intaktes Schamgefühl: ☐		Erkennt Gefahren und reagiert angemessen: ☐	
Kann seine / ihre Wünsche äußern: ☐		Kann sich auf neue Verhältnisse einstellen: ☐	
Lehnt Hilfe des anderen Geschlechts ab: ☐		Vertraut den Personen der Umgebung: ☐	
Kann sich nicht geschlechtsspezifisch kleiden: ☐		Kann die Notrufanlage entsprechend nutzen: ☐	
Hat ein starkes Bedürfnis nach Zärtlichkeit: ☐		Erkennt allgemeine Gefahren nicht: ☐	
Angst vor dem anderen Geschlecht: ☐		Gefährdet sich mit Stromquellen: ☐	
Aggression gegen das andere Geschlecht: ☐		Gefährdet sich mit offenen Fenstern, Türen usw. ☐	
Abwehr gegen Körperkontakt und Berührung: ☐		Bedürfnisse:	
Sexuelle Übergriffe: ☐ enthemmtes Verhalten: ☐			
Bedürfnisse:			
Soziale Bereiche			
Will informiert sein ☐	Sprachbarrieren ☐	Hat Kontakt zu Angehörigen / Vertrauenspersonen ☐	
Kann sich konzentrieren ☐	Ist gruppenfähig ☐	Pflegt telefonische Kontakte ☐	
Ist eigeninitiativ ☐	Ist kontaktfreudig ☐	Nimmt Hilfe und Unterstützung an ☐	
Ist interessiert an Neuem ☐	Zieht sich zurück ☐	Kann Kontakte nicht aufrecht erhalten ☐	
Ist antriebsarm ☐	Fühlt sich isoliert ☐	Ressourcen / Bedürfnisse: ☐	
Ist mißtrauisch ☐	Ängste ☐		
Existenzielle Erfahrungen			
Hat Lebensmut: ☐		Setzt sich mit neuen Gegebenheiten auseinander: ☐	
Ist offen für Gespräche: ☐		Findet Kraft und Halt: ☐	
Teilt ihre / seine Gefühle mit: ☐		Geht selbstständig mit Trauer um: ☐	
Drückt eigenen Schmerz aus: ☐		Beschäftigt sich aktiv mit Verlusten: ☐	
Akzeptiert Abhängigkeit nicht: ☐		Fügt sich schwer in Gemeinschaft ein: ☐	
Fühlt sich abgeschoben / wertlos: ☐		Hat Angst vor neuem Lebensabschnitt: ☐	
Sieht im eigenen Leben keinen Sinn: ☐		Verlust von Eigenständigkeit: ☐	
Hat Angst vor ☐		Verlust von ☐	
Hadert mit dem eigenen Schicksal: ☐		Kann Freude empfinden: ☐	
Schmerzen			
Keine Schmerzen: ☐		wenn ja wo:	
Schmerzen: ☐		Schmerzmedikation: ☐	siehe Medikamente: ☐
Datum:	Unterschrift:	Tel. Durchwahl:	Stempel
Begegnet älteren Menschen mit Achtung und helft ihnen, wo ihr könnt			Die Bibel
Rev. 2.0/ 2025		FormAu 03	Seniorenheim Neandertal



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

Dekubitus: nein ☐ ja ☐ Wo →

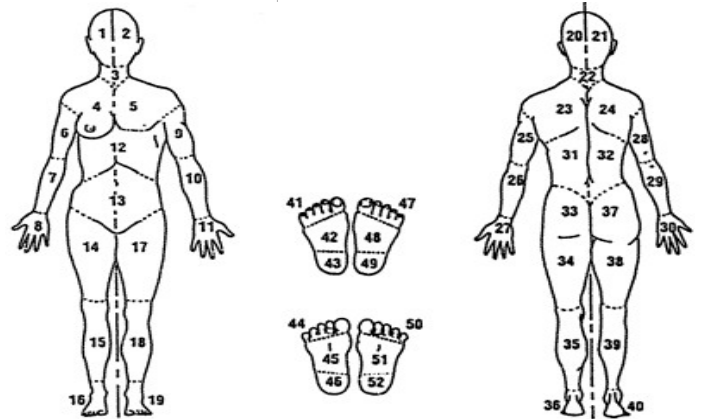
Grösse/Tiefe trocken ☐ feucht ☐

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.) ☐

Wundmarkierung



Besonderheiten Allergien, Anfallsleiden, Herzschrittmacher

Impfungen

Tetanus: ☐ ja ☐ nein

Gripeschutz: ☐ ja ☐ nein

SARS-CoV-2 Status

SARS-CoV-2 Infektion in Vergangenheit ☐ ja ☐ nein

☐ 1. Impfdosis Wirkstoff:

Datum: _____

☐ genesen seit: _____

☐ 2. Impfdosis Wirkstoff:

Datum: _____

☐ ungeimpft

☐ 3. Impfdosis Wirkstoff:

Datum: _____

☐ 4. Impfdosis Wirkstoff:

Datum: _____

Bemerkungen:

Datum:

Unterschrift:

Tel. Durchwahl:

Stempel