

Aufnahmebogen für das Seniorenheim Neandertal

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

Internet: www.seniorenheim-neandertal.de

Anmeldung

Gewünschte Wohnform: ☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer ☐ Apartmentzimmer

Gewünschter Zeitpunkt: ☐ Sofort ☐ Später: _____

Personalien

Familienname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsname: _____

Geburtsort: _____

Familienstand: ☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden

Konfession: ☐ ev ☐ rk ☐ sta ☐ sonstige: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Wohnsitz

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

(z.B. Krankenhaus + Ort, Kurzeitpflege + Ort, usw.)

Kranken- und Pflegekasse

Bezeichnung und Anschrift: _____

Mitgliedsnummer: _____

Schwerbehinderung: ☐ Nein ☐ Ja, Grad der Behinderung: _____

Anschrift des Versorgungsamtes: _____

Beihilfeberechtigt: ☐ Nein ☐ Ja, Anschrift des Versorgungsamtes: _____

Angaben zur Pflegeversicherung: (zutreffendes bitte ankreuzen)

☐ Es wurde ein Antrag auf Leistungen gestellt.

☐ Eine Leistungszusage der Pflegeversicherung liegt für die stationäre Pflege für Pflegegrad _____ vor.

☐ Ein Höherstufungsantrag des Pflegegrades wurde bereits am _____ gestellt.

Kontaktreihenfolge zur Rücksprache

1

2

3

Name: _____

Vorname: _____

Wie verwandt?: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel. privat: _____

Weitere Tel.: _____

E-Mail: _____

Betreuer/-in

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

Aufgabenkreis: ☐ Vermögensvorsorge

☐ Aufenthalt

☐ Sonstiges: _____

Bevollmächtigter/-r

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

☐ Gesundheit

☐ Post

Ärztliche Versorgung durch: (Hausarzt)

Name: _____

Tel.: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Bitte fügen Sie diesem Antrag einen vom derzeitig behandelnden Arzt (Hausarzt/Krankenhaus, usw.) ausgefüllten Pflegeüberleitungsbogen bei.

Erklärung zur Finanzierung

Monatliches Einkommen:

Art des Einkommens:

Betrag:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

☐ Vermögenswerte

☐ Haus-/Grundbesitz

☐ Sparguthaben, Betrag:

Verbindlichkeiten und Schulden:

☐ Regelmäßige Zahlungen

☐ Sonstige Verbindlichkeiten

Die Kosten werden finanziert durch:

☐ Selbstzahlung

☐ Sozialhilfe/Kriegsopferfürsorge

☐ Der Kostenübernahmeantrag wird umgehend gestellt

☐ Der Kostenübernahmeantrag wurde am _____ gestellt

Der Einzug ist grundsätzlich nur nach einer Kostenregelung möglich. Das ausgefüllte Formular können Sie per Mail an Heimaufnahme@shnt.de oder per Fax an die Nummer 02104 987155 senden.
Wenn Sie noch Fragen haben, wenden Sie sich an uns. Wir beraten Sie gerne!

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller/-in

Unterschrift Betreuer/-in / Bevollmächtigte/-r

Bemerkungen:

Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung ohne den vom Arzt ausgefüllten Bogen nicht vollständig ist.

Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie von uns keine schriftliche Bestätigung. Bitte halten Sie im eigenen Interesse Kontakt zu unserer Einrichtung. Ihre persönlichen Daten werden im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes nur für eigene Zwecke gespeichert.

Pflegeanamnese

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

Körperpflege / Kleidung

	selbständig	geringe Hilfe	vollst. Hilfe
Waschen	☐	☐	☐
Mundpflege	☐	☐	☐
Zahnprothese	☐	☐	☐
Rasieren	☐	☐	☐
An- Auskleiden	☐	☐	☐

Bewegung / Lagerung

	selbständig	geringe Hilfe	vollst. Hilfe
Aufstehen	☐	☐	☐
Gehen	☐	☐	☐
Benutzung Gehhilfe	☐	☐	☐
Benutzung Rollstuhl	☐	☐	☐
Sitzen	☐	☐	☐

Besonderheiten (Hautzustand, Pflegemittel, Gewohnheiten):

Bemerkungen

Ernährung

	selbständig	Anregung Aufforderung	geringe Hilfe	vollständige Hilfe
Hilfe b. Essen:	☐	☐	☐	☐

Sondenkost:

Art:	tägl. Menge:	ml
Pumpe:	pro Std:	ml
Sonde liegt seit:		

Essgewohnheiten (Bedürfnisse)

Trinkverhalten:

Ressourcen/Bedürfnisse

Ausscheidungen

Hilfe nötig	ja ☐	nein ☐	gelegentlich ☐	Stuhlgang normal ☐	
Art der Hilfe:				eher Durchfall ☐	eher Verstopfung ☐
Harninkontinenz	ja ☐	nein ☐	gelegentlich ☐		
Stuhlinkontinenz	ja ☐	nein ☐	gelegentlich ☐	Toilettengang alle	Stunden
Blasenkathe	ja ☐				

Kommunikation

Hörgerät re.	☐	Hörgerät li.	☐	Brille	☐
--------------	--------------------------	--------------	--------------------------	--------	--------------------------

Orientierung

	ja	nein	zeitweise
Sprache (Sprechvermögen, Einschränkungen, Störungen):	☐	☐	☐
Sehen (Sehvermögen, Sehstörungen, Sehhilfen):	☐	☐	☐
Hören (Hörvermögen, Sprachverständnis):	☐	☐	☐

Befinden in der Nacht

Schlafstörungen (regelm.):	☐	ungestört:	☐
nächtliche Unruhezustände (regelm.):	☐		
Schlafrituale:			

Bewußtseinslage

wach:	☐	ansprechbar:	☐
somnolent:	☐	komatös:	☐
Anmerkung:			

Pflegegrad

Akt. Pflegegrad:	0	1	2	3	4	5
	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Körpergröße / Gewicht

Körpergröße:	gemessen am:
Gewicht:	gemessen am:
Körpertyp:	
kachektisch:	☐
schlank:	☐
normal:	☐
vollschlank:	☐
adipös:	☐

Neueinstufung beantragt am:

Vitale Funktionen		Freizeit und Beschäftigung	
Durchblutungsstörungen: ☐	Ödeme: ☐	ist motiviert: ☐	sucht Beschäftigung: ☐
Schwindel: ☐	Atemnot: ☐	Tagesablauf gestalten: ☐	beschäftigt sich selbst: ☐
verschleimte Atemwege: ☐	verminderte Herzleistung: ☐	Selbstüberschätzung: ☐	Angst / Furcht: ☐
friert leicht: ☐	Atemeinschränkung: ☐	Fehlender Antrieb, Motivation: ☐	
Hypotonie: ☐	Schmerzen beim Atmen: ☐	Eigen- und Fremdgefährdung durch falsches Handeln: ☐	
Hypertonie: ☐	eingeschränkte Belastbarkeit: ☐	Raucher: ☐	Nichtraucher: ☐
Geschlechterrolle		Eigene Sicherheit gewährleisten	
Angst vor dem anderen Geschlecht: ☐		Erkennt allgemeine Gefahren nicht: ☐	
Hat ein intaktes Schamgefühl: ☐		Gefährdet sich mit offenen Fenstern, Türen usw. ☐	
Kann seine / ihre Wünsche äußern: ☐		Bedürfnisse:	
Lehnt Hilfe des anderen Geschlechts ab: ☐			
Sexuelle Übergriffe: ☐ enthemmtes Verhalten: ☐			
Bedürfnisse:			
Soziale Bereiche			
Ist antriebsarm ☐	Sprachbarrieren ☐	Kann Kontakte nicht aufrecht erhalten ☐	
Ist mißtrauisch ☐	Zieht sich zurück ☐	Fühlt sich isoliert ☐	
Ressourcen / Bedürfnisse:			
Existenzielle Erfahrungen			
Fühlt sich abgeschoben / wertlos: ☐		Fügt sich schwer in Gemeinschaft ein: ☐	
Sieht im eigenen Leben keinen Sinn: ☐		Hadert mit dem eigenen Schicksal: ☐	
Schmerzen			
Keine Schmerzen: ☐ wenn ja wo:			
Schmerzen: ☐ Schmerzmedikation: ☐ siehe Medikamente: ☐			
			

Ärztlicher Teil

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

Anamnese / Vorerkrankungen

Datum:	Diagnose:	Datum:	Diagnose:

Medikamente	morgens	mittags	abends	nachts	Bemerkung

Wundversorgung und Wundmarkierung

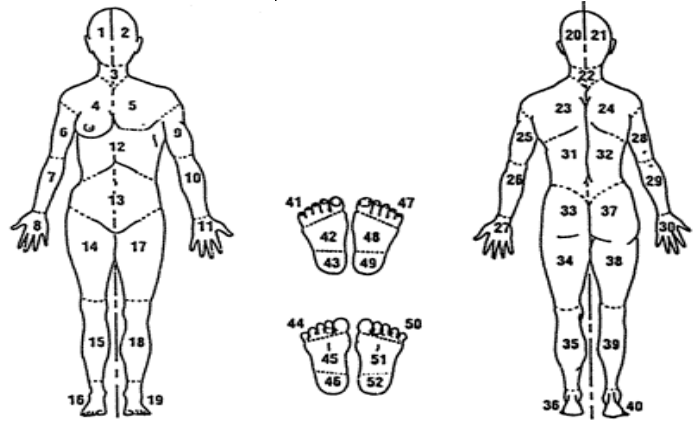
Dekubitus: nein ☐ ja ☐ Wo →

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: ☐ ja ☐ nein

Gripeschutz: ☐ ja ☐ nein

Bemerkungen:

Aufnahmebogen für das Seniorenheim Neandertal

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

Internet: www.seniorenheim-neandertal.de

Pflegeüberleitungsbogen für Menschen mit Demenz

Name:		Vorname:		Geb. Datum:	
Orientierung/Psychie			Kommunikation		
☐ Schmiert mit Kot ☐ Zwanghafte und Wahnhaftes Verhalten ☐ Motorische Unruhezustände, Angst ☐ Herausforderndes Verhalten, Missstimmungen ☐ Ungezieltes, ständiges Sprechen ☐ Selbst- und Fremdgefährdung			☐ Sprache undeutlich, verwaschen ☐ Hat Gedankensprünge ☐ Wortfindungsstörungen ☐ Monotones Singen, Rufen ☐ Undeutliche Mimik, Gestik ☐ Keine sprachliche Verständigung möglich		
Wahrnehmung der Sinne			Bewegung/Lagerung		
☐ Akzeptiert/benutzt Hilfsmittel Welche Hilfsmittel werden benutzt?			☐ Läuft mit trippelndem Gang ☐ Sturzgefahr		
Ernährung (Essen und Trinken)			Körperpflege/Kleiden		
☐ Isst sehr langsam ☐ Sieht die Notwendigkeit, zu essen, nicht ein ☐ Kann nur passierte Kost zu sich nehmen ☐ Sieht die Notwendigkeit, zu trinken, nicht ein ☐ Hat Kau- und Schluckstörungen ☐ Verweigert die Nahrungsaufnahme			☐ Notwendigkeit von Wäschewechsel wird nicht gesehen ☐ Häufiges Auskleiden aufgrund von Desorientierung		
			Ressourcen		
Vorlieben/Abneigungen			Sonstige wichtigen Informationen		