

Antrag zur Aufnahme in das Christian-Dierig-Haus

Name (Familienname, bei Frauen auch
Geburtsname angeben)

Vorname(n) Rufname bitte unterstreichen

Wohnung

Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet

Straße und Hausnummer Telefonnummer

Postleitzahl Wohnort

Geboren: am in

Familienstand: Konfession: Staatsangehörigkeit:

Beruf:

Angehörige: wie verwandt:

Betreuer Bevollmächtigter

Name:

Name:

Straße:

Straße:

PLZ/Wohnort:

PLZ/Wohnort:

Tel./FAX privat dienstlich

Tel./FAX privat dienstlich

E-Mail:

E-Mail:

Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!

Name des Hausarztes: Dr. Anschrift:

Tel.:

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Pflegegrad seit:

Bitte Rückseite beachten

Antrag zur Aufnahme

ins AWO Seniorenzentrum **Christian Dierig Haus**

Seite 2

Patientenverfügung ja nein - wird bei der Heimaufnahme vorgelegt

Gründe der Heimaufnahme:

Einkommensverhältnisse:

Art des Einkommens (nach heutigem Stand):

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

Zutreffende Zeile(n) bitte ankreuzen

- das oben angeführte monatliche Einkommen (bitte aktuellen Nachweis vorlegen)
- Zuzahlung aus dem Barvermögen
- Sozialhilfe, beantragt bei:
- Nachweise bei Aufnahme bitte vorlegen

Bankverbindung

Name der Bank

IBAN

BIC

Derzeitiger Aufenthalt:

- Zuhause Klinik Kurzzeitpflege Pflegeheim

Gewünschte Unterbringung:

- Einzelzimmer Einzelzimmer mit Duschbad
 Doppelzimmer

Wann wird die Aufnahme gewünscht?

Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen:

Ärztlicher Fragebogen
zur Aufnahme in das Christian Dierig Haus

Name: _____ geb. _____

Anschrift: _____

Diagnose(n):.....

.....

	<u>nein</u>	<u>ja</u>
Leidet der Patient an ansteckenden Krankheiten? (Nachweis gem. Infektionsschutzgesetz § 36 Abs. 4):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient Ausscheider von Erregern übertragbarer Krankheiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht beim Patient eine MRSA-Infektion?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient suchtkrank, chronischer Alkoholabusus?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Allergien, Unverträglichkeiten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen beim Patienten Störungen der Nierenfunktion vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hat der Patient erhöhte Blutzuckerwerte (größer 250 mg/%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nimmt der Patient dehydrierende Medikamente ein?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen besondere Hinweise auf ein Exsikkoserisiko vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegen besondere Hinweise auf Sturzgefährdung vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bestehen Hautdefekte und Wunden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wenn ja wo?

Besteht Inkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht Beatmungspflicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kann der Patient seine Bewegungen willentlich steuern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient „Weglauf“ gefährdet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Patient situativ orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient zur Person orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient einwilligungsfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wie ist die Bewusstseinslage des Patienten?

Wie ist die Gemütsstimmung des Patienten?

Anlage: Aktueller Medikamentenplan

Datum:..... Unterschrift:..... Stempel d. Arztes/d.Klinik

Fragebogen zur Pflegesituation

Name: Geb. am:

Wir bitten um wahrheitsgemäße und vollständige Angaben. Möglichst sollten die Fragen von oder mit Angehörigen bzw. bisherigen Pflegepersonen beantwortet werden.

Verständigung

Nicht beeinträchtigt	<input type="checkbox"/>				
Schwerhörig	<input type="checkbox"/>	taub	<input type="checkbox"/>	Hörgerät	<input type="checkbox"/>
Sprachstörungen	<input type="checkbox"/>				
Geringes Sehvermögen	<input type="checkbox"/>	blind	<input type="checkbox"/>	Brille	<input type="checkbox"/>

Befindlichkeit/Stimmungslage

<i>In der aktuellen Situation:</i>		aufgeschlossen	<input type="checkbox"/>	lehnt Heimaufnahme ab	<input type="checkbox"/>	
<i>Allgemein:</i>	ängstlich	<input type="checkbox"/>	aufgeregt	<input type="checkbox"/>	depressiv	<input type="checkbox"/>
	Kann sich auf wechselnde Situationen einstellen	<input type="checkbox"/>			schlecht einstellen	<input type="checkbox"/>
	Kann Risiken einschätzen	<input type="checkbox"/>	bedingt einschätzen	<input type="checkbox"/>	nicht einschätzen	<input type="checkbox"/>

Bewegung:

Selbständig	<input type="checkbox"/>	bettlägrig	<input type="checkbox"/>	Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	Gehen mit Hilfsmittel	<input type="checkbox"/>
Benötigt Hilfe beim:		Gehen	<input type="checkbox"/>	Stehen	<input type="checkbox"/>	Aufstehen/Zu-Bett-gehen	<input type="checkbox"/>
		Lagern bei Bettlägerrigkeit	<input type="checkbox"/>				

Hautschäden

Keine Ja
Wenn ja Beschreibung: welche, wo, Größe

An-/Auskleiden

Selbständig teilweise selbständig nur mit Hilfe

Ausscheidung

Toilettengang:
selbständig teilweise selbständig nur mit Hilfe

Harninkontinenz:
Nein gelegentlich ständig Blasenkatheter

Stuhlinkontinenz:
Nein gelegentlich ständig künstl. Darmausgang

Stuhlgang:
Normal regelmäßig Durchfall Verstopfung

Ernährung

Essen: Selbständig mundgerechte Zubereitung Eingeben der Nahrung

Trinken: Selbständig mit Hilfe trinkt ausreichend (mehr als 1,5 L tgl.)

Kostform:
Diabeteskost Vollkost passierte Kost Sondenkost

Sonstige Diät (welche?):
.....

Allergien/Unverträglichkeiten:

Häufigkeit

Pflegeleistungen sind zu erbringen:
1 x täglich mehrmals täglich rund um die Uhr auch nachts

Sonstige wichtige Informationen:

Datum: Unterschrift: