

Anmeldung

Vor- u. Zuname:		ggf. Geburtsname:	
-----------------	--	----------------------	--

Geburtsdatum:		Geburtsort:		Staatsangehörigkeit:	
---------------	--	-------------	--	----------------------	--

Familienstand:		Konfession:		Krankenkasse:	
				KV-Nummer:	

Hauptwohnanschrift:					
Nebenwohnanschrift:					
derz. Aufenthaltsort:					

Gewünschter Einzugstermin:		bis	
bitte angeben! (z.B. „geplant bis ...“ - „baldmöglichst“ - o.ä.)			bei Kurzzeitpflege bitte Datum eintragen

gesetzlicher Betreuer:					
Vor- u. Zuname:					
Anschrift:					
Telefon privat:		Telefon mobil:			
E-Mail-Adresse:					
Verwandtschaftsgrad					
Aufgabenkreise					

Angehörige; Ansprechpartner:					
Vor- u. Zuname:					
Anschrift:					
Telefon privat:		Telefon mobil:			
E-Mail-Adresse:					
Verwandtschaftsgrad					

Angehörige; Ansprechpartner:					
Vor- u. Zuname:					
Anschrift:					
Telefon privat:		Telefon mobil:			
E-Mail-Adresse:					
Verwandtschaftsgrad					

bitte wenden ...

PFLEGEZENTRUM BISCHOFSGRÜN

OCHSENKOPFSTR. 41, 95493 BISCHOFSGRÜN, TEL. 09276/987-0, FAX 09276/987-20

Angehörige; Ansprechpartner:			
Vor- u. Zuname:			
Anschrift:			
Telefon privat:		Telefon mobil:	
E-Mail-Adresse:			
Verwandtschaftsgrad			
Ambulanter Pflegedienst		Telefon:	

Hausarzt:	
------------------	--

Zuordnung zum Pflegegrad:	Wenn ja, bitte Grad angeben:	<input type="checkbox"/> Grad 1	<input type="checkbox"/> Grad 2	<input type="checkbox"/> Grad 3	<input type="checkbox"/> Grad 4	<input type="checkbox"/> Grad 5	Wenn nein:	<input type="checkbox"/> ist beantragt	<input type="checkbox"/> wird beantragt
---------------------------	------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	------------	----------------------------------------	-----------------------------------------

Wird voraussichtlich Sozialhilfe beantragt?	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> ist beantragt	<input type="checkbox"/> wird beantragt
---------------------------------------------	-------------------------------	----------------------------------------	-----------------------------------------

Regeln Sie Ihre finanziellen Angelegenheiten selbst?	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein, wer?
------------------------------------------------------	-----------------------------	-------------------------------------

Rentenversicherungsnummer:					
KK-Zuzahlungsbefreit:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Monatliches Einkommen: (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens (z. B. Rente)	Zahlende Stelle (z. B. DRV)	Betrag in EURO

Zur Ihrer Information unsere Monatssätze: Gesamtentgelt / Eigenanteil	
Vergütung für Pflegegrad 1:	€ 2.408,06 / € 2.283,06
Vergütung für Pflegegrad 2:	€ 2.924,90 / € 2.154,90
Vergütung für Pflegegrad 3:	€ 3.416,79 / € 2.154,79
Vergütung für Pflegegrad 4:	€ 3.929,97 / € 2.154,97
Vergütung für Pflegegrad 5:	€ 4.159,95 / € 2.154,95
Einzelzimmerzuschlag:	€ 113,46
Der Monatssatz beinhaltet die Pflegevergütung, den Ausbildungszuschlag, die Unterkunft, die Verpflegung sowie die Investitionskosten für ein Doppelzimmer.	

Datum: _____ Unterschrift: _____

Pflegerischer Fragebogen zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen (x)

1. Vor- und Zuname:	
2. Geburtsdatum:	
3. Benötigt der/die PatientIn Hilfe beim:	
Stehen / Gehen	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Treppensteigen	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Essen	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Körperpflege	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Ankleiden	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Frisieren/Rasieren	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Einnehmen von Medikamenten	Nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/>
4. Ist der/die PatientIn:	
Zeitlich desorientiert	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Örtlich desorientiert	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Persönlich desorientiert	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Situativ desorientiert	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
hinlaufgefährdet	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
5. Wie ist die Gemütsstimmung?	Freundlich <input type="checkbox"/> Antriebslos <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> Ängstlich <input type="checkbox"/> Aufbrausend <input type="checkbox"/>
6. Treten nachts Unruhezustände auf?	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
7. Ist der/die PatientIn bettlägrig?	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
8. Liegt eine Inkontinenz vor?	
Stuhlinkontinenz	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	Nein <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> dauernd <input type="checkbox"/>
Dauerkatheter	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Künstlicher Darmausgang (Anus praeter)	Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
9. Sind Hilfsmittel notwendig?	
Brille/Kontaktlinsen	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Hörgerät	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rollator	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Zahnprothese	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Rollstuhl	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Prothesen, wenn ja welche?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
10. Wird der Patient durch einen ambulanten Pflegedienst versorgt? Wenn ja, durch welchen (Name, Ansprechpartner, Telefonnummer):	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____
11. Liegt eine Patientenverfügung vor?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
12. Liegt eine Vorsorgevollmacht oder Betreuungsverfügung vor?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
13. Liegt ein Beschluss für freiheitsentziehende Maßnahmen vor?	Wenn ja, welche _____
14. Liegt ein Pflegegrad vor? Wenn ja, welcher?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____
15. Diagnosen, falls bekannt	

_____, den _____

Unterschrift des Patienten/Angehörigen/Einrichtung

Unterschrift/Stempel Einrichtung (optional)

Von Pflegezentrum auszufüllen

Zur Kenntnis genommen und weitergeleitet an PDL:

Datum und Unterschrift Sozialdienst Pflegezentrum

Zur Kenntnis genommen:

Datum und Unterschrift Pflegedienstleitung Pflegezentrum

Ärztlicher Fragebogen

Wichtig: Bitte erst zum Arzt schicken, wenn Aufnahme feststeht!

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen (x)

1. Vor- und Zuname PatientIn:	
2. Geburtsdatum:	
3. Diagnosen	
1)	
2)	
3)	
4)	
5)	
6)	
7)	
8)	
9)	
10)	
4. Bestehen Allergien? Wenn ja, welche: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____	
5. Bestehen ansteckende Krankheiten? z.B. Hepatitis, HIV, TBC, multiresistente Keime Wenn ja, welche: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____	
5a. Besteht eine Infektion oder Erkrankung mit Covid-19? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
5b. Wurde eine Erkrankung mit Covid-19 durchgemacht? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
5c. Ist der/die PatientIn gegen Covid-19 geimpft? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn nein, gibt es einen medizinischen Grund? _____	
6. Ist eine physische Behinderung vorhanden? Wenn ja, welche: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____	
7. Ist eine psychische Behinderung vorhanden? Wenn ja, welche: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> _____	
7a. Wie ist die Gemütsstimmung? Freundlich <input type="checkbox"/> Antriebslos <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> Ängstlich <input type="checkbox"/> Aufbrausend <input type="checkbox"/>	
7b. Liegen gefährliche Eigenschaften vor? (Wenn ja, bitte kurze Beschreibung) nein <input type="checkbox"/> _____ _____	

Fragebogen Covid-19 vor Heimaufnahme

Name des/der Klient/in: _____

Geburtsdatum: _____

Adresse: _____

Bitte füllen Sie 24 h vor der Aufnahme in unserer Einrichtung diesen Fragebogen aus und senden/mailen/faxen sie uns diesen mit dem PCR-Test zu.

Hat der/die Klient/in folgende Symptome?		
Fieber > 37,5 °C	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Husten	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Halsschmerzen	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Atemnot bei Belastung	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Atemnot in Ruhe	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Unwohlsein	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Durchfall	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hatte der/die Klient/in Kontakt mit einer Covid-19 positiv bestätigten Person?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hatte der/die Klient/in Kontakt mit einer Person, die als Covid-19-Verdachtsfall gilt?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Hat eine Covid-19-Infektion bereits bei dem/der Klient/in vorgelegen?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wurde ein PCR-Corona-Test (nicht älter als 48 h) durchgeführt ? Bitte senden Sie uns den schriftlichen Nachweis 24 h vor Aufnahme mit diesem Bogen zu.	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Ist der/die Klient/in geimpft? Bitte Impfnachweis mitbringen Wenn nein, liegen medizinische Gründe vor, welche? _____	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Wenn noch nicht, möchte der/die Klient/in geimpft werden?	Ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Datum und Unterschrift Klient/in/Betreuer/in

