

Anmeldung

zur Heimaufnahme
zur Tagespflege
zur Kurzzeitpflege

Bitte markieren: Mo./Di./Mi./Do./Fr.
FG/RS/TS*

Anmeldung aus Vorsorge:
Aufnahme ab/am:

Name:

Vorname:

jetzige Anschrift:

Tel.Nr.:

Name und Anschrift des behandelnden Arztes:

Krankenkasse:

Versichertennr.:

Wer trägt die Pflegekosten:

Liegt eine Einstufung durch die Pflegekasse vor?

nein

Pflegegrad

1

2

3

4

5

Bezugspersonen mit Anschrift, Tel. Nr., Email-Adresse:

Sonstige Personen:

Ort, Datum

Unterschrift des Interessenten bzw. Betreuers

Anmeldung zur Aufnahme	Freigabedatum: 23.08.2023/QB	Änderungsdatum: 23.08.2023/QB	Ersteller: VW/PDL	Seite 1 von 2
------------------------	---------------------------------	----------------------------------	----------------------	---------------

Wir bitten Sie, bezüglich der Aufnahme folgende Fragen zu beantworten:

Zur Person selbst:

Familiennamen u. sämtl. Vornamen:
Rufname bitte unterstreichen

Geburtsname u. vorherige Namen:

Geburtstag und -ort:

Beruf (früherer): Raucher ja nein

Religion/ Staatsangehörigkeit:

Familienstand:

ledig, verheiratet seit: verw., geschieden seit:

*FG=Fussgänger, RS=Rollstuhl, TS=Tragestuhl

Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum/ -ort: _____

Diagnosen _____

Unverträglichkeiten _____

ansteckende Krankheiten _____
ja , **nein**

MRSA _____
ja , **nein**

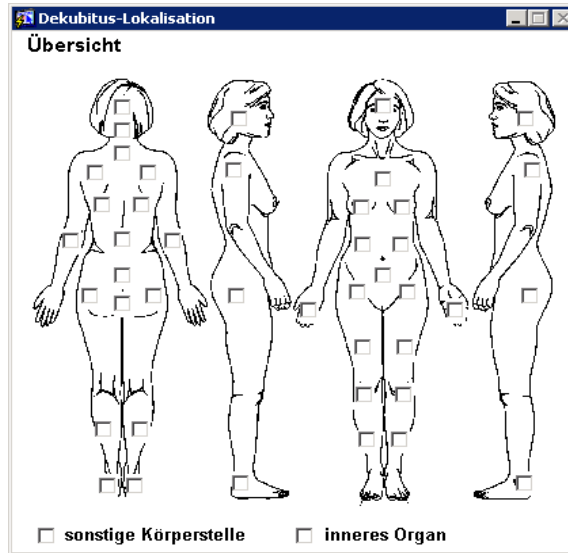
Letzte Impfung _____ **Art der Impfung:** _____
Impfdatum: _____

Sucht: wenig mittel stark Größe: _____ cm / Gewicht: _____ kg
 Raucher:
 Alkohol: Anfallsleiden welches: _____

Legende Verabreichungsform	B=Brausetablette, G=Gel, K=Kapseln, L=Lösung, S=Saft, Sa=Salbe, T=Tabletten, Tr=Tropfen, Z=Zäpfchen								
Medikamente:	morgens	mittags	abends	nachts	Verab- reichungs- form	Bei Bedarfsmedika- tion Indikation an- geben, max. 24 Std.	Betäubungs- mittel oder Zytostatika?		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
Sauerstoffverabreichung					ml/min				
Beatmungsunterstützungs- system (nicht invasiv), Behandlungspflege	ja	<input type="checkbox"/>							
	nein	<input type="checkbox"/>							
Datum/Unterschrift/ Stempel Arzt									

Kontrakturen, wo? :

Dekubitus í wo? :



Bewegung:

Hilfestellung erforderlich?:	nein	zeitweise	häufig	dauernd
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Armprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beinprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Körperpflege:

Hilfestellung erforderlich?:	nein	zeitweise	häufig	dauernd
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haarpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fußpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zahnprothese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hautzustand:				

Orientierung:

Hilfestellung erforderlich?

	nein	zeitweise	häufig	dauernd
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sich beschäftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Soziale Kontakte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bemerkungen:				

Kommunikation:

Hilfestellung erforderlich?

	nein	zeitweise	häufig	dauernd
sprachlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
nicht sprachlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemütsstimmung, seelische Verfassung	_____			
Psychische Störungen	_____			
Unruhezustände	_____			

Benötigt der Bewohner

Hilfe bei der Ernährung?:

	nein	zeitweise	häufig	dauernd
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostform	_____			
Ernährungszustand	_____			
Sondennahrung	<input type="checkbox"/>			
Durchflußgeschwindigkeit	_____ ml/Std			
Größe	_____ Ch			
Bemerkungen:	_____			

Ausscheiden:

Harninkontinenz

Stuhlinkontinenz

Dauerkatheter Größe: _____ Ch

Ileostoma

Colostoma

Kontaktlinsen

Brillen

Glasauge links rechts

Hörgerät links rechts

Diese Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Ärztliche Bescheinigung

Auf Grundlage des Protokolls der Besprechung der Krankenkassen und des Landschaftsverbandes Rheinland über die Notwendigkeit der Versorgung mit Inkontinenzmitteln.

Frau / Herr _____ geb. am _____

Benötigt Inkontinenzmaterial seit/ab _____, weil

- Diese im Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit notwendig sind
- Neben der Inkontinenz so schwere Funktionsstörungen vorliegen, dass ohne den Einsatz von Inkontinenzmitteln der Eintritt von Dekubitus oder Dermatitis droht, der Betroffene sich nicht bezüglich seiner Inkontinenz bemerkbar machen kann
- Nur durch den Einsatz von Inkontinenzartikeln das allgemein Grundbedürfnis der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben befriedigt werden kann.

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift