



## Anmeldung zur Aufnahme

Bitte zusammen mit dem vom Arzt aufgefüllten Fragebogen einsenden!

Bei Schwerbehinderung bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes beilegen.

### Antragsteller

Name, Vorname, Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Religion / Konfession: \_\_\_\_\_

Familienstand:     ledig     verheiratet     verwitwet     geschieden

Staatsangeh.: \_\_\_\_\_ Früh. Beruf: \_\_\_\_\_

### Angehörige / Kontaktperson

(Verwandtschaftsgrad bitte angeben)

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

2. Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: privat: \_\_\_\_\_ dienstlich: \_\_\_\_\_

### Amtlicher Betreuer / Bevollmächtigter

(Bitte Kopie des Betreuerausweises oder der privaten Vollmacht beilegen)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_



## **Hausarzt**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

## **Krankenkasse / Pflegekasse**

Falls bekannt, Versicherungsnummer bitte angeben

### **Derzeitige Pflegestufe**

Keine  PS I  PS II  PS III

### **Gewünschte Unterbringung**

Einzelzimmer  Doppelzimmer

## **Bankverbindung**

Bank: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_ BLZ: \_\_\_\_\_

## **Kostenträger der Heimkosten**

- Eigenes Einkommen  Zuzahlung aus eigenem Vermögen  
 Sonstige Zahlungen  Zuständiges Sozialamt

## **Gewünschte Aufnahme**

- Baldmöglichst  Vorsorgliche Anmeldung

## **Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen**

---

---

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

**Sollte ein Platz in unserem Hause nicht mehr benötigt werden, benachrichtigen Sie uns bitte telefonisch.**



# Ärztliches Attest

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

2.a Bisherige Erkrankungen und Diagnosen:

---

---

---

---

2.b Infektiöse Erkrankungen:  nein  nicht bekannt

ja - Art: \_\_\_\_\_

2.c Allergien:  nein

ja - Art: \_\_\_\_\_

2.d Wahnsymptome/Sinnestäuschungen:  nein  nicht bekannt

ja - Art: \_\_\_\_\_

3.a Medikamenteneinnahme:

selbständig  Hilfe beim Richten  Hilfe beim Einnehmen  Verweigert

3.b Bisherige Medikation: Regel- und Bedarfsmedikation bitte auf Seite 3 eintragen

4. Ausscheidung:

- Urin  inkontinent  kontinent  
- Dauerkatheter  nein  ja - letzter Wechsel: \_\_\_\_\_ Ch: \_\_\_\_\_  
- Stuhl  inkontinent  kontinent

Hat der Patient besondere Probleme bei der Ausscheidung (z.B. Obstipation):

nein  ja - Art: \_\_\_\_\_

5. Mobilität des Patienten:	ja	mit Hilfe	nein
- ist gehfähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- benutzt Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- selbständig An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ist bettlägrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



6.a Kostform:  Vollkost  Diabetische Diät  leichte Kost  PEG

6.b Bei parenteraler Nahrungsaufnahme: Nahrungsart und Flüssigkeitsmenge:

---

6.c Nahrungsaufnahme:  selbständig  Essen reichen  Essen mundgerecht zubereiten

7. Der Patient benötigt Hilfe bei:	nein	ja	ganz	teilweise
- Tägliche Körperpflege/ waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- frisieren/ rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Orientierung:	nicht bekannt	ja	nein	teilweise
- zur Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zur Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zum Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Bewusstseinslage:  wach  somnolent  komatös

10. Umtriebigkeit:  nein  
 ja, und zwar:  tagsüber  abends  nachts  nicht bekannt

11. Störung der Stimmung:  nein  depressiv  ängstlich  gereizt/ aggressiv  gehoben

12.a Wundversorgung:  nein  ja - Art, Größe, Lokalisation:

---

---

12.b Verbandswechsel: bitte auf Seite 3 eintragen

13. Besonderheiten (z.B. Pflege-Empfehlung):

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---



Zu 3.b: Übersicht der Regel- und Bedarfsmedikation

Medikamente (Regelmedikation)	morgens	mittags	abends	nachts

Bedarfsmedikamente:

---

---

Zu 12.b: Verbandswechsel:

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Stempel / Unterschrift des Arztes)