

## Erstanfrage - Anmeldung Warteliste

Zimmervorschlag:

Datum: .....  Dauerpflege  VHP/ KZP vom ..... bis .....

Zimmerwunsch: .....  Birkenhof  Ulmenhof  Beide Häuser

Die Anfrage ist  Akut, - eine Aufnahme soll so schnell wie möglich erfolgen

Die Anfrage dient der  Vorsorge - die Aufnahme soll bei Bedarf, in nicht absehbarer Zukunft erfolgen

### Angehöriger/ Betreuer - Anmeldende Person

Name: .....  Ehepartner  Sohn / Tochter  .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

E-Mail: .....

Vorsorgevollmacht  Betreuungsverfügung  gerichtlich bestellte Betreuung

### Aufzunehmende Person - potentieller Bewohner

Nachname: ..... Geburtsname: .....

Vornamen: .....

Geburtsdatum: ..... Geburtsort: .....

Straße: .....

PLZ: ..... Ort: .....

Familienstand: ..... seit ..... Konfession: .....

Krankenkasse: ..... Versicherungsnr.: .....

Privat versichert:  Beihilfe

hat eine Patientenverfügung

Pflegegrad:  beantragt am: .....  I,  II,  III,  IV,  V seit: .....

Höherstufung beantragt am: .....

Demenz:  Ja  Nein  fraglich ob beginnende Demenz oder nur Altersvergesslich

wenn ja:  diagnostizierte Demenz  noch nicht diagnostizierte Demenz

Beginnende  leichte  mittlere  starke Hinlaufdemenz  Ja  Nein

Aktueller Hausarzt: .....

Regelmäßig aufgesuchte Fachärzte: .....

### Die aufzunehmende Person befindet sich zurzeit:

in der eigenen Wohnung

im Krankenhaus  in einer Reha  zur Kurzzeitpflege  zur Verhinderungspflege  Sonstiges

Ort: ..... gepl. Entlassung: .....

### Kostenübernahme

Die Kosten können selbst getragen werden. (Ggf. mit Hilfe von Erspartem oder der Familie)

Die Kosten können nicht selbst getragen werden, wir stellen ein Antrag auf Sozialhilfe.

**Selbstständigkeit und Hilfebedarf**

**Orientierung**

- Zeitlich orientiert     Örtlich orientiert     Erkennt Personen     keine Orientierung     Geringe Orientierung

**Verhalten**

- Motorische Unruhe     Nächtliche Unruhe     Körperl. aggressiv     Verbal aggressiv

**Fortbewegung drinnen**

- selbstständig     am Stock     mit Rollator     im Rollstuhl     ist Bettlägerig

**Fortbewegung draußen**

- selbstständig     am Stock     mit Rollator     im Rollstuhl     ist Bettlägerig

**Medikation**

- Diabetiker Insulin     Diabetiker Tabletten     BTM

**Multiresistente Krankenhauskeime**

- nein     Ja, folgende:     MRSA/ 3 MRGN     VRE     ESBL

**Impfungen**

1. C19 am .....     2. C19 am .....     3. C19 am .....     4. C19 am .....     Masern

**Künstliche Zu- Ableitungen/ Kontinenz**

- keine     Blasenkatheter     Magensonde     Anus Praeter/ künstlicher Darmausgang  
 Harn-Inkontinent     Stuhl-Inkontinent

**Wunden**

- Nein     Ja, folgende:     Dekubitus Grad: \_\_

**Hilfebedarf bei der Körperpflege**

- Selbständig     Geringe Hilfe     50/50     viel Hilfe     Übernahme d. Pflege

**Hilfebedarf beim Essen**

- selbständig     Kleinschneiden     Brote schmieren     Essen reichen     Püriert (Schluckstufe)

**Akzeptanz der pflegerischen Unterstützung - Aufzunehmende Person nimmt Hilfe.....**

- ... gerne an     ... meistens an     ... zum Teil an     ... selten an     ... nicht an

**Gewicht:** ..... kg    **Größe:** ..... m

**Allergien/ Nahrungsmittelunverträglichkeiten:**  Nein  Ja, folgende: .....

**Zusätzliche Hilfsmittel:** .....

**Krankheitsbild/ Diagnosen:** .....

**Den nachfolgenden Teil bitte nicht ausfüllen! Dieser wird von der Verwaltung bearbeitet.**

- Etiketten zur Kennzeichnung der Kleidung bestellen?     Ja     Nein
- in DAN erfasst     in der Zimmerbelegung erfasst
- Checklisten ausgegeben     Schwestern-Ordner ausgegeben
- Verträge im PC vorbereitet     Verträge an Angehörige übergeben     Verträge zurück bek.
- bei der Kasse angemeldet     .....