

Checkliste – Anmeldung zur Heimaufnahme

Bewohnername:

Geplante Aufnahme am:

Anmeldung Angaben zur Person

Nachname

Geburtsname

Vorname

Geschlecht:

männlich weiblich

Geburtsdatum

Geburtsort

Familienstand verheiratet verwitwet geschieden ledig

Staatsangehörigkeit **Konfession** EV RK

Bisherige Wohnanschrift

PLZ / Ort
Straße / Hausnummer

Telefon:

Weiterer Angehörige

1.	
Nachname	1. Vorname
PLZ / Ort	Straße / Hausnummer
Telefon	Verwandschaftsverhältnis
Nachname	2. Vorname
PLZ / Ort	Straße / Hausnummer
Telefon	Verwandschaftsverhältnis
Nachname	3. Vorname
PLZ / Ort	Straße / Hausnummer
Telefon	Verwandschaftsverhältnis

Wichtigster Angehöriger

Nachname

Vorname

PLZ / Ort

Straße / Hausnummer

Telefon

Bezugsverhältnis

Angaben zum Ehepartner

Nachname	Vorname
PLZ / Ort	Straße / Hausnummer
Telefon	Verwandschaftsverhältnis

Krankenkasse – Pflegekasse

Wenn Pflegestufe vorhanden bitte Kopie des Bescheides beifügen !

Betreuer nach Betreuungsrecht

ja nein beantragt

Nachname

Vorname

PLZ / Ort

Straße / Hausnummer

Telefon

wenn " ja " bitte eine Kopie des Betreuungsausweises beilegen !

Name der Kranken-, Pflegekasse	Straße, PLZ, Ort
Telefon	Telefax
Krankenversicherungsnummer	
Pflegegrad	Verschlechterungsantrag gestellt
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Checkliste – Anmeldung zur Heimaufnahme

Bewohnername:

Geplante Aufnahme am:

Kostenträger

Kranken -, Pflegekasse ja nein Selbstzahler ja nein

Sozialamt ja nein

Name des Sozialamtes

PLZ / Ort

Telefon

Hausarzt

Name des Hausarztes

PLZ / Ort

Telefon

Straße / Hausnummer

Wird die Versorgung durch o.g. Hausarzt fortgesetzt ja nein

Aspekte die bei der Heimaufnahme noch mit der Verwaltung zu klären sind:

- * Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden ? ja nein
- * Muß ein Wohngeldantrag gestellt werden ? ja nein
- * Anmeldung bzw. Ummeldung bei der GEZ ? ja nein
- * Rundfunk – und Fernsehgebührenbefreiung ? ja nein
- * Kopie der Geburts – oder Heiratsurkunde ? ja nein

Die Heim – und Pflegedienstleitung bittet um folgende vorbereitende Maßnahmen:

Kennzeichnung der

- persönlichen Toilettenartikel und Aufbewahrungsgegenstände
- persönlichen Medikamente (alle)
- mitgebrachten Pflegehilfsmittel

Abgabe einer

- Medikamentenverordnung des behandelnden Hausarztes
- Diagnosenauflistung des behandelnden Hausarztes
- Kopie des Betreuerausweises (falls vorhanden)
- Kopie der Patientenverfügung (falls vorhanden)
- Krankenversicherungskarte
- Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse (falls vorhanden)
- Liste über wertvolle Gegenstände die die Bewohnerin / der Bewohner bei Aufnahme mitbrachte

Bekannte Abneigung beim Essen und Trinken

Essen: Trinken:

Bekannte Vorlieben beim Essen und Trinken

Essen: Trinken:

Bekannte Vorlieben / Abneigungen bei der Betreuung / Biographie zu berücksichtigen:

Vorlieben: Abneigungen:

Ort, Datum

Unterschrift

Checkliste – Anmeldung zur Heimaufnahme " Ärztlicher Fragebogen "

Bewohnername:

Geplante Aufnahme am:

Nachname

Vorname
Monika

Weiterer Angaben vom Hausarzt :

Diagnosen:

Geburtsdatum

Wird Hilfe benötigt beim:

	Nein	gelegentlich	oft	ständig
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"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An -u. Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/ Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ausscheidungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Medikation: aktueller Medikationsplan?

ja nein von _____

Besteht Desorientierung ?

	Nein	gelegentlich	oft	ständig
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zeitlich	<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"/>
persönlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Wichtige Anmerkungen bei einem Ableben:

sind alle Familien internen Angelegenheiten besprochen und geklärt?

ja nein wird bis zum _____ geklärt.

wurde die Ptientenverfügung bzw. Versorgungsvollmacht nochmals besprochen und aktualisiert.

ja nein wird bis zum _____ geklärt.

Besteht Notwendigkeit für besondere Beaufsichtigung wegen:

	Nein	gelegentlich	oft	ständig
Weglauffenzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fremdengefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebsstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angstvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wahnvorstellungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sinnestäuschung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bei einem regulären Verlauf, ist Krankenseinweisung noch erwünscht?

ja nein

weitere wichtige Anweisungen

Information bei einem Versterben 24h ab _____ Uhr

1. _____

2. _____

Besteht Inkontinenz?

ja nein **Katheter** ja nein

wenn ja CH _____

Form der Bestattung:

Erdbestattung Feuerbestattung

Grundstimmung ?

freundlich kooperativ gereizt

Bestattungsinstitut:

Frei von ansteckenden Krankheiten ?

ja nein

wenn ja welche ?

Beköstigung:

Vollkost Diät

Ort, Datum

Unterschrift