

Aufnahmeantrag Seniorenpflege

Vor- und Nachname	
ggf. Geburtsname	
Geburtsdatum und –Ort	
Staatsangehörigkeit	
Religion	
Familienstand, seit	
Früherer Beruf	
Straße, Ort, Postleitzahl	
Derzeitiger Aufenthalt (andere Einrichtung, Reha, Krankenhaus)	
Gewünschter Aufnahmetermin	

Kontaktpersonen			
1. Ansprechpartner für die Einrichtung			
Vor- und Nachname			
Verwandtschaftsverhältnis			
Straße, Ort, Postleitzahl			
Telefon			
E-Mail Adresse			
Vollmacht vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Betreuerausweis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Weitere Kontaktperson			
Vor- und Nachname			
Verwandtschaftsverhältnis			
Anschrift			
Telefon			
E-Mail Adresse			
Vollmacht vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Betreuerausweis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Weitere Kontaktperson			
Vor- und Nachname			
Verwandtschaftsverhältnis			
Anschrift			
Telefon			
E-Mail Adresse			
Vollmacht vorhanden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Betreuerausweis <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Hausarzt	
Name	
Anschrift	
Telefon	

Sonstige Angaben	
Krankenkasse	
Versichertennummer	
Pflegegrad	
Zuzahlungsbefreiung für Medikamente	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Finanzierung	<input type="checkbox"/> Eigene Mittel <input type="checkbox"/> Beihilfe <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger
Monatliches Einkommen	

Elektrische Geräte – Ich verpflichte mich jedes elektrische Gerät bei Einzug und später beim Sozialdienst anzumelden. Ich stimme einer regelmäßigen Prüfung meiner eigenen elektrischen Geräte zu. Die Benutzung von Tauchsiedern, Heizdecken und Heizkissen ist nicht erlaubt.

Hiermit willige ich zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Richard Drautz Stiftung ein. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Versagung oder der Widerruf der Einwilligung zur Folge haben kann, dass die pflegerischen Leistungen nicht erbracht werden können.

Mir ist bekannt, dass ich das Recht, bei den beteiligten Stellen oder Personen Auskunft über gespeicherte Daten zu meiner Person, zu verlangen und dass ich gegebenenfalls deren Berichtigung, Lösung oder Sperrung verlangen kann und ein Widerspruchsrecht habe.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Auskünfte.

Ort/Datum: _____ Unterschrift Antragsteller: _____

Abkürzung	Dokumentenname	Version	Seite
Fo_SD_0001	Aufnahmeantrag Seniorenpflege	a	2 von 2

Pflegerischer Fragebogen

Nachname:		Vorname:	
Geburtsdatum:			

Um eine gute pflegerische Versorgung zu gewährleisten, bitten wir Sie, folgende Fragen zu beantworten:

Ruhen und Schlafen (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> unruhiger Schlaf	<input type="checkbox"/> nächtl. Aufstehen	<input type="checkbox"/> häufige Toilettengänge
	Gewohnte Schlaf- und Ruhezeiten:		
	Schlaförtlichkeiten:		
	Sonstiges:		

Körperpflege (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> benützt Bad	<input type="checkbox"/> benützt Dusche	
	Welche Hilfe wird beim Waschen benötigt:		
	Verwendung von speziellen Seifen, Cremes, sonstiges:		
	Sonstiges:		

Hautpflege (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> intakte Haut	<input type="checkbox"/> feuchte Haut	<input type="checkbox"/> trockene Haut
	<input type="checkbox"/> schuppige Haut	<input type="checkbox"/> offene Hautstellen	
	Bestehende Druckgeschwüre (Dekubitus):		
	Bestehende Allergien:		
	Verwendung von speziellen Pflegemittel, sonstiges:		

An- und Auskleiden (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> häufiger Kleidungswechsel		
	Welche Hilfe wird beim An- und Auskleiden benötigt:		
	Lieblingsbekleidung, sonstiges:		

Sehen (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Kontaktlinsen
	<input type="checkbox"/> Blind	<input type="checkbox"/> kann die Körperposition verändern
	Welche Hilfe wird beim Sehen benötigt:	

Essen und Trinken (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> leichte Kost	<input type="checkbox"/> Zahnprothese	
	<input type="checkbox"/> PEG (Sonde)	<input type="checkbox"/> Tagestrinkmenge:		
	Welche Hilfe wird bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme benötigt:			
	Bestehende Lebensmittelallergien:			
	Verwendung von speziellen Hilfsmittel, sonstiges:			

Ausscheidung (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Urinkontinent	<input type="checkbox"/> Urininkontinent	<input type="checkbox"/> Abführmittel
	<input type="checkbox"/> Stuhlkontinent	<input type="checkbox"/> Stuhlinkontinent	
	<input type="checkbox"/> Urinkatheter	<input type="checkbox"/> Inkontinenzsysteme	
	Welche Hilfe wird bei der Ausscheidung benötigt:		
	Bestehende Ausscheidungsgewohnheiten:		

Bewegung/ Mobilität (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> mobil	<input type="checkbox"/> im Rollstuhl
	<input type="checkbox"/> kann stehen	<input type="checkbox"/> kann die Körperposition verändern
	Welche Hilfe wird bei der Mobilität und beim Stehen benötigt:	

Hören (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Geräuschempfindlich
	Welche Hilfe wird beim Hören benötigt:	

Sprechen (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> Aphasie
	<input type="checkbox"/> ist mitteilksam	<input type="checkbox"/> Sprache klar und deutlich
	Welche Hilfe wird beim Sprechen benötigt:	

Orientierung (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Erinnerung Uhrzeit	<input type="checkbox"/> Erinnerung Jahreszeit	<input type="checkbox"/> Erinnerung Namen
	<input type="checkbox"/> Verwirrtheit	<input type="checkbox"/> geht/läuft weg	
	Welche Hilfe wird bei der Orientierung benötigt:		

Beschäftigung Gewohnheiten (bitte zutreffendes ankreuzen)	<input type="checkbox"/> Tageszeitung	<input type="checkbox"/> Fernsehen	<input type="checkbox"/> Spaziergänge
	<input type="checkbox"/> kontaktfreudig	<input type="checkbox"/> zurückgezogen	<input type="checkbox"/> Raucher
	Welche Hilfe wird benötigt:		
	Hobbies:		

Sonstige pflegerische Besonderheiten:
--

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller



Ärztlicher Fragebogen für:

geb. am:

Körperlicher Zustand

- Gehfähigkeit ☐ ja ☐ nein
- Treppensteigen möglich ☐ ja ☐ nein
- Hemiplegie (Halbseitenlähmung) ☐ ja ☐ nein
- Bettlägerigkeit ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich
- Harninkontinenz ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich
- Stuhlinkontinenz ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich
- Dauerkatheter ☐ ja ☐ nein
- Stomaversorgung ☐ ja ☐ nein
- Geistige Behinderung ☐ ja ☐ nein
- Körperliche Behinderung ☐ ja ☐ nein
- Allergien ☐ ja ☐ nein
- Starke Sehschwäche ☐ ja ☐ nein
- Starke Hörschwäche ☐ ja ☐ nein
- Sprechstörung ☐ ja ☐ nein
- Schluckstörung ☐ ja ☐ nein
- Herzschrittmacher ☐ ja ☐ nein
- Schmerzen ☐ akut ☐ chronisch
- Wunden / Dekubitus ☐ ja ☐ nein

Bemerkung

- ☐ mit Hilfsmittel/Unterstützung
-
-
-
-
-
- Letzter Wechsel:
-
-
-
- Brille: ☐ ja ☐ nein
- Hörgerät: ☐ ja ☐ nein
-
-
- Letzte Kontrolle:
- Lokalisation:
- Lokalisation:

Hilfebedürftigkeiten

- An- und Auskleiden ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich
- Körperpflege ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich
- Essen und Trinken ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich
- Aufstehen/ Zubettgehen ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich
- Benutzen der Toilette ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich

Bemerkung

-
-
-
-
-

Geistig-seelischer Zustand

- Örtliche Orientierung ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich
- Zeitliche Orientierung ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich
- Orientierung zur eigenen Person ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich
- Erkennung von Personen ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich
- Motorische Unruhe ☐ ja ☐ nein ☐ gelegentlich

Bemerkung

-
-
-
-
-



Depressionen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Halluzinationen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Neigung zum Weglaufen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Suizidgefahr	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="text"/>
Demenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Alkoholsucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>
Medikamentensucht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="text"/>

Hilfsmittel

Gehhilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Prothesen / Orthese	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich

Bemerkung

<input type="checkbox"/> Art:	<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Art:	<input type="text"/>

Ernährung

Vollkost	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Leichte Kost	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sondenernährung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adipositas	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kachexie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen / Sonstiges:	<input type="text"/>

Bemerkung

<input type="text"/>
Insulinpflichtig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Art: <input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Medikamente

BTM: ☐ ja ☐ nein ☐ separater Verordnungsplan beigelegt

Blutverdünner: ☐ ja ☐ nein Falls ja, welche:

Medikament	Dosierung	Medikament	Dosierung
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>



Diagnosen

Infektionen oder Hinweise darauf

MRSA	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	VRE (Vancomycin-resistente Enterokokken)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
MRGN (multiresistente gramnegative Erreger)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Covid-19 (Sars-CoV-2)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Anzeichen einer ansteckenden Lungentuberkulose (nach §36 des Infektionsschutzgesetzes)		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hinweise auf andere ansteckende Erkrankungen		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Hinweise, Bemerkungen (bestehende Therapien o.ä.)

Sonstiges

Ort/Datum: _____ Unterschrift/Stempel (Arzt): _____



An was Sie denken sollten!

Bitte vor dem Einzug vorlegen

- Anmeldeantrag komplett ausgefüllt und unterschrieben
- Ärztlicher Fragebogen vom Hausarzt oder vom Krankenhaus
- Corona-Impfnachweis/Genesenenzertifikat (sofern vorhanden)
- Pflegerische Beurteilung
- Befreiungskarte für Zuzahlungen
- Bescheid der Pflegekasse/ Einstufung
- Kopie der General- oder Vorsorgevollmacht
- Gegebenenfalls Kostenübernahmeerklärung des Sozialamtes

Am Aufnahmetag mitbringen

- Personalausweis
- Krankenkassenkarte – wird auf dem Wohnbereich hinterlegt –
- Gegebenenfalls Schwerbehindertenausweis
- Ärztlich verordnete Medikamente
- Ggf. negativer Coronatest (je nach aktueller Situation)
- Bei Kurzzeitpflege: Inkontinenzmaterialien (wenn benötigt)

Bitte nicht vergessen

- Postnachsendsantrag stellen
- Umbestellung von Zeitungen und Zeitschriften
- eine private Haftpflichtversicherung muss vorhanden sein
- GEZ abmelden (im Pflegeheim besteht keine Rundfunkgebührenpflicht)
- Angaben über besondere Bestattungswünsche sollten uns vorliegen

Als kleine Checkliste für den Umzug ins Pflegeheim empfehlen wir:

- ausreichend Nachtwäsche
- ausreichend Unterwäsche (kochfest)
- Strümpfe/ Socken/ Strumpfhosen
- Hausschuhe
- Toilettenartikel (Zahnpasta, Zahnbürste, Prothesenbecher, Prothesenreiniger, Kamm, Bürste, Duschbad, Haarwaschmittel, Creme, Rasierer)
- Kulturgebeutel und kleiner Koffer oder Tasche für evtl. Krankenhausaufenthalte
- Waschlappen und Handtücher
- Taschentücher

Alle Kleidungsstücke müssen mit dem Namen gekennzeichnet sein. Namensschilder können über uns bestellt und angebracht werden. Wir empfehlen pflegeleichte Textilien, da wir keine Haftung für nicht waschmaschinenfeste Wäsche übernehmen.

Gerne können persönliche Gegenstände (Bilder, Pflanzen, Fernseher, Sessel oder sonstige Dekorationsartikel) mitgebracht werden. Verschönern Sie Ihr Zimmer nach Ihren Wünschen. Sprechen Sie uns bitte an, wenn Sie z. B. Bilder aufhängen möchten und Hilfe benötigen.

Gerne stehen wir Ihnen bei Rückfragen und zur Beratung zur Verfügung.

Abkürzung	Dokumententname	Version	Seite
Fo_SD_0008	Information An was Sie denken sollten	d	1 von 1