

RICHARD DRAUTZ STIFTUNG Gemeinsam und sicher ins Alter	Seniorenpflege	
	Qualitätsmanagementhandbuch	

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

Abkürzung	Dokumentenname	Version	Seite
Fo_SD_0001	Aufnahmeantrag Seniorenpflege	a	1 von 2



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"/> benutzt Bad	<input type="checkbox"/> benutzt 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 mitteilsam	<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

Abkürzung	Dokumentename	Version	Seite
Fo_SD_0003	Pflegerischer Fragebogen	b	3 von 3



Ärztlicher Fragebogen für:

geb. am:

Körperlicher Zustand

Bemerkung

Gehfähigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel/Unterstützung
Treppensteigen möglich	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Hemiplegie (Halbseitenlähmung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Letzter Wechsel: <input type="text"/>
Stomaversorgung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Geistige Behinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Körperliche Behinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Allergien	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Starke Sehschwäche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Brille: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Starke Hörschwäche	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Hörgerät: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sprechstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Herzschriftmacher	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Letzte Kontrolle: <input type="text"/>
Schmerzen	<input type="checkbox"/> akut <input type="checkbox"/> chronisch	Lokalisation: <input type="text"/>
Wunden / Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Lokalisation: <input type="text"/>

Hilfebedürftigkeiten

Bemerkung

An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	
Körperpflege	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	
Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	
Aufstehen/ Zubettgehen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	

Geistig-seelischer Zustand

Bemerkung

Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	
Orientierung zur eigenen Person	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	
Erkennung von Personen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	
Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich	

Abkürzung	Dokumentenname	Version	Seite
Fo_SD_0002	Ärztlicher Fragebogen	f	1 von 3



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

Hilfsmittel	Bemerkung
Gehhilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein □ Art: _____
Prothesen / Orthese	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein □ Art: _____
Rollstuhl	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> gelegentlich
Ernährung	Bemerkung
Vollkost	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Insulinpflichtig: <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 □ Art: _____
Adipositas	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kachexie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen / Sonstiges:	_____

Medikamente

BTM: ja nein separater Verordnungsplan beigefügt

Blutverdünner: ja nein Falls ja, welche:

Medikament	Dosierung	Medikament	Dosierung



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): _____

Abkürzung	Dokumentenname	Version	Seite
Fo_SD_0002	Ärztlicher Fragebogen	f	3 von 3



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 Kostenübernahmeverklärung 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

- Postnachsendeantrag 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)
- Kulturgeutel 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	Dokumentename	Version	Seite
Fo_SD_0008	Information An was Sie denken sollten	d	1 von 1