

# Anmeldung zur Aufnahme in der Senioren-Residenz Niederweiler Hof

## Allgemeine Angaben

Vorname, Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Ledig     verheiratet     verwitwet     geschieden

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

\_\_\_\_\_

Rechnungsanschrift: \_\_\_\_\_

Selbstzahler

Antrag auf Hilfe zur Pflege nach SGB XII gestellt

nein     ja, am \_\_\_\_\_

Sachbearbeiter \_\_\_\_\_

**Angehörige, Betreuer, Bevollmächtigte, Bezugspersonen:**

(Vorname, Name, Anschrift, Erreichbarkeit z. B. Tel./Fax/Email, Bezug)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Betreuungsurkunde     nein     ja (Kopie einreichen)

Patientenverfügung     nein     ja (Kopie einreichen)

Vorsorgevollmacht     nein     ja (Kopie einreichen)

Sonstiges \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Pflegerelevante Angaben

- Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ im  
 Doppelzimmer  Einzelzimmer, wenn möglich
- Langzeitpflege ab \_\_\_\_\_ im  Doppelzimmer  Einzelzimmer
- Keine Pflegestufe  Pflegestufe beantragt am \_\_\_\_\_

Bereits eingestuft in Pflegestufe  1  2  3

Betreuungsleistungen nach § 87b ja  nein

Krankenkasse \_\_\_\_\_ KV-Nr. \_\_\_\_\_

Zuständiger Sachbearbeiter \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Hausarzt \_\_\_\_\_ Tel. \_\_\_\_\_

Diagnosen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Allergien \_\_\_\_\_

Infektionserkrankung (MRSA, ESBL, etc.) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Herzschrittmacher  Marcumar  PEG  Tracheostoma  DK/FK

Hirnschrittmacher  Sauerstoffversorgung

Sonstiges \_\_\_\_\_

Orientierungsschwierigkeiten  zur Person  zeitlich  örtlich  situativ

Nächtliche Unruhe  Weglauftendenz

### Medikamente

Medikament	Darreichungsform z.B. Tbl	Vergabe z.B. ml, s.c	6 <sup>00</sup>	8 <sup>00</sup>	10 <sup>00</sup>	12 <sup>00</sup>	15 <sup>00</sup>	17 <sup>00</sup>	20 <sup>00</sup>	22 <sup>00</sup>

<b>Nahrungsaufnahme</b>	beeinträchtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Schluckbeschwerden <input type="checkbox"/> orale Aufnahme nicht möglich <input type="checkbox"/> Adipositas <input type="checkbox"/> Kachexie <input type="checkbox"/>
-------------------------	---	--

Bemerkungen:  Vollkost    Schonkost    Diätkost \_\_\_\_\_ BE    Sondenkost  
 passierte Kost    hochkalorische Kost    Anreichen

Vorlieben: .....

Abneigungen: .....

<b>Einschränkungen in der Mobilität</b>	beeinträchtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Lähmungen wo: _____ <input type="checkbox"/> Kontrakturen wo: _____ <input type="checkbox"/> Tremor <input type="checkbox"/> körperliche Behinderung welche: _____	<b>Therapien:</b> <input type="checkbox"/> Logopädie <input type="checkbox"/> Ergotherapie <input type="checkbox"/> Physiotherapie <input type="checkbox"/> KG <input type="checkbox"/> Lymphdrainage <input type="checkbox"/>
---	---	---	--

Bemerkungen/ Hilfsmittel:

<b>Hautzustand</b>	beeinträchtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> trocken <input type="checkbox"/> fettend <input type="checkbox"/> Intertrigo <input type="checkbox"/> Hautdefekte wo: _____ <input type="checkbox"/> Dekubitus Größe:                      cm X                      cm                      Grad:
--------------------	---	--

Bemerkungen/ Hilfsmittel:

**Sonstiges** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Datum** \_\_\_\_\_ **Unterschrift** \_\_\_\_\_