

Anmeldebogen der Senioren- und Pflegeheime

Sehr geehrte Interessentin,
sehr geehrter Interessent,

zunächst möchten wir uns an dieser Stelle für Ihr Interesse an einem Haus der Evangelischen Stiftung Volmarstein bedanken.

Um sich für ein Zimmer in unserem Haus anzumelden, benötigen wir von Ihnen einige Angaben zu Ihrer Person.

Wir möchten Sie bitten dazu die folgenden Seiten auszufüllen und dann an uns zurück zu leiten.

Liegt uns der ausgefüllte Anmeldebogen vor, können wir Ihre Anmeldung berücksichtigen. Sollten Sie einige Fragen zum aktuellen Zeitpunkt nicht beantworten können, lassen Sie diese einfach offen. Vielen Dank!

Für Rückfragen steht Ihnen unser Aufnahmeteam in der Einrichtung zur Verfügung. Ihre Ansprechpartner sind

Der Einzug erfolgt aus:

- der eigenen Wohnung der Wohnung der Angehörigen
 einer anderen Einrichtung der Kurzzeitpflege dem Krankenhaus

Wurden Sie bisher pflegerisch versorgt?

- nein ja durch → eine Sozialstation Angehörige Nachbarn

Wünschen Sie, dass Ihre Angehörigen jederzeit über besondere Vorkommnisse (z.B. Erkrankungen, Krankenhauseinweisung) **informiert werden.** ja nein am Tage

Wie wurden Sie auf die Evangelische Stiftung Volmarstein aufmerksam durch?

- das Internet Bekannte/ Nachbarn Hausarzt Facharzt
 den Pflegedienst ein Krankenhaus Kurzzeitpflege
 Amt, Behörde sonstige Quellen



Anmeldedatum:	geplanter Einzugstermin:
Zimmernummer/ Etage:	Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Tage stat. Aufnahme <input type="checkbox"/>

Persönliche Daten (entsprechend der polizeilichen Meldung)	
Name/Vorname:	
Anschrift:	
Geburtsname/Geburtsdatum:	
Geburtsort/Familienstand:	
Staatsangehörigkeit /Religion:	

Angehörige 1	Angehörige 2
Name	Name
Straße	Straße
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Telefon priv./ dienstl.	Telefon priv /dienstl.
E Mail Adresse	E Mail Adresse
Verwandtschaftsgrad	Verwandtschaftsgrad
<input type="checkbox"/> Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht für	

Eine gesetzliche Betreuung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ist beantragt
Name des Betreuers	
Anschrift/ Telefon	

Name der Krankenkasse	
Anschrift:	
Versichertennummer	
Selbstzahler <input type="checkbox"/> Antrag auf Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Beihilfe/Kriegsopferfürsorge <input type="checkbox"/>	
Zuzahlungsbefreiung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt <input type="checkbox"/> ja Gültig bis	
Kostenübernahme der Kranken- Pflegekasse <input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> ist beantragt seit	
Der aktuelle Pflegegrad <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<input type="checkbox"/> ist beantragt, seit dem	
Bitte bringen Sie das Pflegegutachten bei der Aufnahme mit. Vielen Dank	

Wer ist Rechnungsempfänger (z.B. für Eigenanteil, Zuzahlung, Rezeptgebühr, etc.)?	
Name:	
Straße:	
Ort/Telefon	

Bitte nennen Sie uns Ihren Hausarzt?	
Name:	
Anschrift	
Telefon	

Bitte leiten Sie den Anmeldebogen zurück an die aufnehmende Einrichtung, damit wir Ihre Anmeldung bearbeiten können!

Es folgen nun Fragen zu eventuellen Erkrankungen und pflegerischen Aspekten:

Körperliche Erkrankungen (mehrere Angaben sind möglich)			
		Größe:	Gewicht:
<input type="checkbox"/> Lähmung, z.B. nach einem Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Herzerkrankung	<input type="checkbox"/> Lungenerkrankung	
<input type="checkbox"/> Erkrankung des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/> Wunden, Dekubitus	<input type="checkbox"/> MRSA	
<input type="checkbox"/> progressive Erkrankung	<input type="checkbox"/>		
Gehen (Fortbewegen)		Stehen	
<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> nicht möglich
mit folgendem Hilfsmittel möglich: <input type="checkbox"/> Gehstock		<input type="checkbox"/> Rollator	
Grundpflegerische Versorgung			
<input type="checkbox"/> selbständig	<input type="checkbox"/> nicht möglich	<input type="checkbox"/> mit Hilfe möglich	
Med. Fußpflege gewünscht <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nagelpflegeset vorhanden	

Psychische Erkrankungen			
<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Altersdemenz	<input type="checkbox"/> Laufdrang	<input type="checkbox"/> Unruhezustände
andere Verhaltensauffälligkeiten/ Erkrankungen			
Liegt eine Suchterkrankung vor, wenn ja welche?			
		<input type="checkbox"/> Raucher	<input type="checkbox"/> Nichtraucher
Wie schätzen Sie Ihr Orientierungsvermögen ein?			
zeitlich:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> teilweise gut	<input type="checkbox"/> nicht so gut
örtlich:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> teilweise gut	<input type="checkbox"/> nicht so gut
situativ:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> teilweise gut	<input type="checkbox"/> nicht so gut

Welche vorhandenen Hilfsmittel bringen Sie beim Einzug mit!	
Folgende spezielle medizinische Hilfsmittel sind vorhanden <input type="checkbox"/> sind beantragt <input type="checkbox"/>	
•	
•	
Weiter wichtige Informationen:	

Verordnung für	Systeme/ Anzahl in 24h
<input type="checkbox"/> Inkontinenzversorgung	
<input type="checkbox"/> Stomaversorgung	
<input type="checkbox"/> Sondenversorgung	

Vielen Dank für Ihre Geduld und Mühe beim Ausfüllen!

Ärztliche Bescheinigung zur Vorlage in der Einrichtung

1	Name, Vorname	
2	Geburtsdatum	
3	Betreuung	
4	In Behandlung seit	
5	Aktuell in stationärer Behandlung:	
6	Liegt ein Vertrag zur Palliativversorgung vor?	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ist angeregt <input type="checkbox"/>
7	Diagnosen:	
8	Aktuelle Medikation/ Verordnung:	
9	Infektiöse Erkrankung: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Diagnose:	
	<input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Tbc sonstige:	
	Impfschutz gegen Covid 19 nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ist terminiert	Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.
	Impfstatus Covid 19 1. Impfung am	Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.
	Impfstatus Covid 19 2. Impfung am	Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.
	Impfstatus Covid 19 3. Impfung am	Klicken Sie hier, um ein Datum einzugeben.
10	Liegt eine demenzielle Veränderung bzw. eine Demenz vor	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
11	Liegen psychiatrische Erkrankungen	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

 Unterschrift/ Stempel der Arztpraxis

Bitte leiten Sie den Anmeldebogen zurück an die aufnehmende Einrichtung, damit wir Ihre Anmeldung bearbeiten können!