

**Ich beantrage hiermit die Aufnahme in ein
Altenheim bzw. eine Pflegeeinrichtung der Wichern-
Gemeinschaft Reinbek e. V.**

Hinweis:

Dieser Aufnahmebogen wird nach 6 Monaten datenschutzkonform vernichtet, wenn es bis zu diesem Zeitpunkt zu keinem Einzug gekommen ist!

Haus:

Angaben zur Person

Vorname	_____	Geburtsdatum	_____
Nachname	_____	Familienstand	<input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> ledig
Geburtsname	_____	Geschlecht	<input type="checkbox"/> weibl. <input type="checkbox"/> männl. <input type="checkbox"/> o.A. <input type="checkbox"/> div.
Geburtsort	_____	Telefon Nr.	_____
Muttersprache	_____	Mobil-Nr.	_____
Früherer Beruf	_____	E- Mail	_____
Nationalität	_____	Konfession	_____

Aufnahmedatum:

Debitor Nr.:

(nur von der Buchhaltung auszufüllen)

Pflegewohngeld <input type="checkbox"/>	Sozialhilfeantrag <input type="checkbox"/>	Selbstzahler: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weiterleitung der <input type="checkbox"/>	Barbetrag auf <input type="checkbox"/>	Rückerstattung <input type="checkbox"/>
Rentenzahlung erfolgt	Verwahrgeldkonto	auf Girokonto
Wäschekennzeichnung <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kategorie <input type="checkbox"/> Vollstationär	<input type="checkbox"/> Kurzzeit-/Verhinderungspflege § 42a	_____ von _____ bis _____
Monatliches Einkommen mit Nachweis: _____		
Zimmerbelegung: Wohnbereich: _____	Zimmer Nr. _____	Einzelzimmer: <input type="checkbox"/> Doppelzimmer: <input type="checkbox"/>

Pflegegrad: _____	§ 43b <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Höherstufung beantragt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wann: _____
Eileingradung b. KH-A. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Waren Sie schon einmal in einer stationären Pflegeeinrichtung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wenn ja, wann: _____

Aufnahme-Grund:

Altersbedingt <input type="checkbox"/>	dementiell verändert <input type="checkbox"/>	innere Erkrankung <input type="checkbox"/>	neurologisch <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/>
--	---	--	---------------------------------------	------------------------------------

Um Menschen mit dem Krankheitsbild „Demenz“ angemessen pflegen und betreuen zu können, müssen wir um schwierige Verhaltensweisen wissen:

Starke Weglauftendenz Aggressivität

Aufenthaltort vor Aufnahme: Krankenhaus Von Zuhause

Aktuelle Adresse

Straße, Haus-Nr. _____	Patientenverfügung seit: _____
PLZ, Ort _____	
Bundesland _____	

An- und Zugehörige /Betreuer:in

Nachname _____	Vorname _____
Straße _____	PLZ/Ort _____
Telefon _____	Tel. mobil _____ E-Mail _____
Vollmacht/ Betreuerausweis <input type="checkbox"/> liegt vor seit _____ <input type="checkbox"/> beantragt am _____	
Art der Beziehung: _____	

An- und Zugehörige /Betreuer:in

Nachname _____	Vorname _____
Straße _____	PLZ/Ort _____
Telefon _____	Tel. mobil _____ E-Mail _____
Vollmacht/ Betreuerausweis <input type="checkbox"/> liegt vor seit _____ <input type="checkbox"/> beantragt am _____	
Art der Beziehung: _____	

Rechnungsempfänger:in

Nachname _____
Vorname _____
Straße _____
PLZ/Ort _____
Rechnung per Post <input type="checkbox"/> oder per Mail <input type="checkbox"/> E-Mail _____

Arzt / Hausarzt Ärztin / Hausärztin

Krankenkasse / Pflegekasse

Name _____
Telefon Nr. _____
KV-Nr.: _____
Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zuzahlungsbefreiung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wer soll im Krankheits-/Todesfall benachrichtigt werden? Benachrichtigung nachts? ja nein

Bestattungsinstitut: _____

Ort, Datum

Es handelt sich bei diesem Aufnahmeantrag um eine unverbindliche Anmeldung

Merkblatt für die Aufnahme von Bewohner:innen in das Pflegeheim Haus Togohof

Name: _____

Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege?

1. persönliche Dokumente

- Aufnahmeantrag
- Arztbericht
- Personalausweis/ Kopie
- Versichertenkarte Krankenkasse (muss auf Haus Togohof umgemeldet werden)
- Rezeptkostenbefreiung
- Vollmachten/ Betreuungsausweise
- Nachweis der Zahlungsfähigkeit
- Antrag auf Pflegegeld/ Sozialhilfe
 - Ummeldung beim Bürgeramt der Stadt Glinde innerhalb von zwei Wochen nach vollstationärer Aufnahme durch den Bevollmächtigten/ Betreuer

2. persönliche Gegenstände

- eigenes Oberbett und Kopfkissen (maschinen- und trocknergeeignet) bei vollstationärer Pflege
- eine Tages- oder Sofadecke für das Bett (maschinen- und trocknergeeignet)
- gewohnte Sofakissen (maschinen- und trocknergeeignet)
 - eine Nachttischlampe (muss vom Bewohner gut zu handhaben sein), **keine** Halogenleuchtmittel
- Haartrockner
- Rasierapparat
- Nagelset
- eine gut lesbare Uhr
- geschlossene, rutschfeste Haus- und Straßenschuhe
- ausreichend Oberbekleidung
 - Leib- und Nachtwäsche sollte dem persönlichen Bedarf entsprechend ausreichend vorhanden sein und bei Bedarf angepasst werden

Ihre persönliche Wäsche und Oberbekleidung wird in der hauseigenen Wäscherei gewaschen. Die Kennzeichnung der Wäsche erfolgt kostenlos durch unser Haus.

Bitte beachten Sie: Die Namenskennzeichnung muss erfolgen, bevor die Wäsche erstmalig zum Waschen gegeben wird.

Geben Sie **neu angeschaffte/ mitgebrachte Wäsche** in einem Beutel im Wohnbereich oder der Wäscherei ab, damit wir diese vor Gebrauch kennzeichnen können.

Alle Kleidungs- und Wäschestücke müssen maschinen- und trocknergeeignet sein, d.h. bitte keine Textilien mitbringen, die der Handwäsche oder der chemischen Reinigung bedürfen.

Dies betrifft vor allem Kleidungsstücke aus hochwertigen Materialien. Wir übernehmen keine Haftung bei Schäden.

Altbekannte und liebgewonnene Gegenstände sollten mitgebracht werden, um das Zimmer gemütlich und vertraut zu gestalten.

Für Wertgegenstände, Schmuck oder mitgebrachte Barbeträge wird keine Haftung übernommen.

Jedem Bewohner / jeder Bewohnerin steht ein abschließbares Fach im Kleiderschrank zur Verfügung.

Alle **privaten elektrischen Geräte** müssen mit einer CE-Kennzeichnung versehen sein.

Wir empfehlen eine **private Haftpflichtversicherung**.

Ein Telefonanschluss ist auf eigene Kosten möglich; er muss bei dem **von Ihnen** gewünschten Telefonanbieter angemeldet werden.

**Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung Haus Togohof in Glinde
(vom Arzt /der Ärztin auszufüllen)**

Patient:in

Name _____ **Vorname** _____ **geb.** _____

Derzeitiger Aufenthalt:

1. Diagnosen

- Bitte die Liste der aktuellen Diagnosen mit ICD Code als Anlage beifügen!

2. Medikamente

- Bitte den aktuellen Medikamentenplan beifügen!

3. Anamnese (Unfälle, Operationen, Krankenhausaufenthalte)

4. bekannte Allergien

Nahrungsmittelunverträglichkeiten:

5. Pflegebedürftigkeit

5.1 Psychischer Zustand

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Unauffällig | |
| <input type="checkbox"/> Verwirrtheit, Desorientierung | |
| <input type="checkbox"/> Mit ruhigem Verhalten | <input type="checkbox"/> mit unruhigem Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Mit Tendenz zur Aggression | <input type="checkbox"/> mit Hinlauf- Tendenz |
| <input type="checkbox"/> Depressiv-passives Verhalten | <input type="checkbox"/> depressiv-manisches Verhalten |
| <input type="checkbox"/> Paranoid | <input type="checkbox"/> Nikotin-Abusus |
| <input type="checkbox"/> Alkohol-Abusus | <input type="checkbox"/> Medikamenten-Abusus |
| <input type="checkbox"/> Mit Störungen des Wach-/ Schlaf-Rhythmus | |

5.2 Physischer Zustand

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Starke Sehbehinderung | <input type="checkbox"/> starke Hörbehinderung |
| <input type="checkbox"/> Schwindel | <input type="checkbox"/> PEG |
| <input type="checkbox"/> Unterernährung Kachexie | <input type="checkbox"/> Adipositas |
| <input type="checkbox"/> Urininkontinenz | <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Dauerkatheder _____ letzter Wechsel | <input type="checkbox"/> Anus praeter |
| <input type="checkbox"/> Tracheale Aspiration | <input type="checkbox"/> O2 – Langzeittherapie |

Ansteckende Krankheiten:

- | | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> MRSA | <input type="checkbox"/> offene TB | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> HIV |
| <input type="checkbox"/> Weitere _____ | | | |

Schmerzen:

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> Chronische, starke Schmerzen |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus Kategorie _____ |
| <input type="checkbox"/> Insulinpflicht _____ |
| <input type="checkbox"/> Dauer- Antikoagulation _____ |

5.3 Hilfebedürftigkeit

Patient ist auf Hilfe angewiesen bei:

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Gehen auf ebenem Boden | <input type="checkbox"/> Treppen steigen | <input type="checkbox"/> Einnehmen der Mahlzeiten |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen/ Zubettgehen | <input type="checkbox"/> Waschen/Duschen | |
| <input type="checkbox"/> Benutzung der Toilette | | |
| <input type="checkbox"/> An-/ Auskleiden Patient ist bettlägerig | | |

5.4 Hilfsmittel

- | | | |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gehstock, Rollator | <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Orthesen |
| <input type="checkbox"/> Hörgerät | <input type="checkbox"/> Brille | |
| <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher, seit _____ letzte Kontrolle _____ | | |

Ort, Datum _____

Unterschrift des Arztes

Stempel

Für die Bearbeitung bedanken wir uns hiermit im Voraus.