

Merkblatt Haus Altenfriede, Kückallee 5, 21465 Reinbek

Was muss bei der Aufnahme mitgebracht werden?

Notwendige Dokumente (Erbringung bei Antragstellung/ Einzug)

- ☐ An- und Zugehörige / Betreuer
- ☐ Aufnahmeantrag
- ☐ Checkliste Aufnahme
- ☐ Krankenkassenkarte (Die Krankenkassenkarte bitte vor Aufnahme bei den Ärzten einlesen lassen und eine sofortige Adressänderung vornehmen)
- ☐ Rezeptkostenbefreiung (Abgabe im Sekretariat)
- ☐ Personalausweis
- ☐ Schwerbehindertenausweis
- ☐ Ausweis über Herzschrittmacher bzw. Defibrillator
- ☐ Impfausweis
- ☐ Gehalts- oder Rentennachweis
- ☐ Bankeinzugsermächtigung (Sepa-Lastschrift)
- ☐ Antrag Sozialhilfe
- ☐ Info/ Antrag Pflegekasse
- ☐ Pflegegradbescheid / Gutachten über vorhandenen Pflegegrad
- ☐ Generalvollmacht bzw. Vorsorgevollmacht
- ☐ Patientenverfügung
- ☐ Krankenberichte
- ☐ Medikamentenplan (entweder durch Krankenhaus oder Hausarzt)
- ☐ vorhandene Medikamente
- ☐ Biografie

Für Wertgegenstände, Schmuck und / oder Bargeldbeträge kann / wird keine Haftung durch die Einrichtung getragen.

Um eine adäquate Versorgung zu sichern, benötigen wir des Weiteren von Ihnen:

- ☐ Pflegeprodukte in wiederkehrender Form wie: Duschgel, Shampoo, Spülung, Lotion, Zahncreme, Mundwasser, Reinigungstabletten für Prothesen, Haftcreme, Gesichtscreme, Deo, Parfum, Rasierschaum (bitte regelmäßig auf den Bestand achten).
- ☐ Föhn, Kamm, Haarbürste, Nagelpflegeset, Zahnbürste, Zahnputzbecher, Rasierer, Einmalrasierer (Damen)
- ☐ Inkontinenzmaterial in ausreichender Menge für Kurzzeit- und Verhinderungspflege
- ☐ Hilfsmittel wie Rollstuhl, Rollator, Gehstock, Brille, Hörgeräte, Kompressionsstrümpfe
- ☐ persönliche Gegenstände, wie z.B. ein Fernseher / Radio / Bilder etc.

Bitte bedenken Sie auch, dass **jeweils zum 1. jeden Quartals alle Krankenkassenkarten** bei den Hausärzten sowie Fachärzten durch Sie eingelesen werden müssen, wenn der Hausarzt nicht in Reinbek seine Praxis hat, um eine Sicherstellung der Medikamente sowie alle notwendigen

Verordnungen im Sinne Ihres zu Betreuenden zu gewährleisten. Bei den Ärzten in Reinbek übernehmen wir dies für Sie.

- ☐ **Ummeldung im Bürgerbüro der Stadt Reinbek innerhalb von zwei Wochen nach vollstationärer Aufnahme durch den Bevollmächtigten/ Betreuer**

Bekleidung

Wir haben für Sie eine Übersicht zusammengestellt mit Richtwerten wieviel Bekleidung und Wäsche üblicherweise benötigt wird. Die Anzahl der benötigten Bekleidungsstücke hängt natürlich auch von Ihren persönlichen Vorlieben ab.

Artikel	Für Damen	Für Herren
Unterhose	20 Stück	20 Stück
Unterhemd	20 Stück	20 Stück
Nachthemd / Schlafanzug	10 Stück	10 Stück
Röcke / Hosen	8 Stück	8-10 Stück
Sweat-Shirt / Pullover	10 Stück	10-15 Stück
Jogginghose/-jacke	8 Stück	5-10 Stück
Strümpfe / Socken	15 Paar	15-20 Paar
Morgenmantel	1 Stück	1 Stück
Sommerjacke / -mantel	2 Stück	1 Stück
Winterjacke / -mantel	2 Stück	1 Stück
Geschlossene Hausschuhe, waschbar	1-2 Paar	1-2 Paar
Büstenhalter	5	
Handschuhe, Mütze Schal, Feste Schuhe	Mindestens je 1	Mindestens je 1

Wir bitten um eine individuelle Absprache mit der Pflege etwa fünf Wochen nach Einzug bezüglich des tatsächlichen Bedarfs.

Auf folgendes bitten wir Sie bei der Auswahl der Kleidungsstücke zu achten:

Oberbekleidung	muss Waschmaschinengeeignet sein	Mind. 40°C
Unterbekleidung	sollte kochfest sein	mind. Bei 60°C
Sämtliche Bekleidung	muss Trocknergeeignet sein	

Bekleidung aus den folgenden Materialien, spezieller Behandlung sollten Sie **nicht** mitbringen:

Wolle und Wollmischgewebe	Seide	Polyacryl
---------------------------	-------	-----------

Wir waschen **nicht**:

Handwäsche,		Chemische Reinigung	
-------------	--	---------------------	--

Zum Ablauf / Allgemeines:

- Die Schmutzwäsche wird täglich eingesammelt und gewaschen
- Die saubere Wäsche wird an zwei festgelegten Werktagen wieder verteilt
- Da wir verpflichtet sind, desinfizierend zu waschen, unterliegen die Wäschestücke einer stärkeren Beanspruchung und nutzen sich schneller ab. Wir bitten Sie daher, den Zustand der Wäsche regelmäßig zu überprüfen und gegebenenfalls beschädigte Stücke zu ersetzen.
- Bitte halten Sie regelmäßig Rücksprache mit den Pflegekräften, um sicherzustellen, dass ausreichend geeignete Wäsche vorhanden ist.

Die **Kennzeichnung der Kleidung** mit dem Namen der jeweiligen Bewohnerin bzw. des jeweiligen Bewohners erfolgt durch unser Haus, damit sie ordnungsgemäß gewaschen und nicht verwechselt wird.

Bitte bringen Sie neue Kleidung bzw. bei Einzug die gesamte Kleidung in einer Tüte, mit leserlich geschriebenem Namen versehen, ins Büro des Sekretariats.

Räumen Sie bitte keine Kleidung eigenständig in den Kleiderschrank, da sie sonst nicht wieder auffindbar sein könnte.

Für Kleidungs- und Wäschestücke, die die oben genannten Kriterien nicht erfüllen, übernehmen wir keine Haftung.

Die Zimmer bieten die Möglichkeit, einen **Fernseher** aufzustellen. Bitte bringen Sie passende **Kopfhörer** mit.

Ein **Telefonanschluss** ist auf eigene Kosten möglich. Sie müssen diesen selbst bei der Telekom/ Vodafone beantragen.

Über eine persönliche Gestaltung der Zimmer würden wir uns sehr freuen.

Besuche sind im Haus Altenfriede jederzeit möglich und erwünscht.

Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung

(vom Arzt / der Ärztin auszufüllen)

Patient / Patientin

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

- | | |
|---|--|
| ☐ Unauffällig | ☐ mit unruhigem Verhalten |
| ☐ Verwirrtheit, Desorientierung | ☐ mit Hinlauf- Tendenz |
| ☐ Mit ruhigem Verhalten | ☐ depressiv-manisches Verhalten |
| ☐ Mit Tendenz zur Aggression | ☐ Nikotin-Abusus |
| ☐ Depressiv-passives Verhalten | ☐ Medikamenten-Abusus |
| ☐ Paranoid | |
| ☐ Alkohol-Abusus | |
| ☐ Mit Störungen des Wach-/ Schlaf-Rhythmus | |

5.2 Physischer Zustand

- | | |
|--|--|
| ☐ Starke Sehbehinderung | ☐ starke Hörbehinderung |
| ☐ Schwindel | ☐ PEG |
| ☐ Unterernährung Kachexie | ☐ Adipositas |
| ☐ Urininkontinenz | ☐ Stuhlinkontinenz |
| ☐ Dauerkatheder _____ letzter Wechsel | ☐ Anus praeter |
| ☐ Tracheale Aspiration | ☐ O2 – Langzeittherapie |

Ansteckende Krankheiten:

- | | | | |
|--|------------------------------------|------------------------------------|------------------------------|
| ☐ MRSA | ☐ offene TB | ☐ Hepatitis | ☐ HIV |
| ☐ Weitere _____ | | | |

Schmerzen:

- | | |
|---|-----------------|
| ☐ Chronische, starke Schmerzen | |
| ☐ Dekubitus | Kategorie _____ |
| ☐ Insulinpflicht | _____ |
| ☐ Dauer- Antikoagulation | _____ |

5.3 Hilfebedürftigkeit

Patient ist auf Hilfe angewiesen bei:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Gehen auf ebenem Boden | ☐ Treppen steigen | ☐ Einnehmen der Mahlzeiten |
| ☐ Aufstehen/ Zubettgehen | ☐ Waschen/Duschen | |
| ☐ Benutzung der Toilette | | |
| ☐ An-/ Auskleiden Patient ist bettlägerig | | |

5.4 Hilfsmittel

- | | | |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| ☐ Gehstock, Rollator | ☐ Rollstuhl | ☐ Orthesen |
| ☐ Hörgerät | ☐ Brille | |
| ☐ Herzschrittmacher, seit _____ | letzte Kontrolle _____ | |

Ort, Datum _____

Unterschrift des Arztes

Stempel

Für die Bearbeitung bedanken wir uns hiermit im Voraus.