

Wegweiser zum Einzug

Diese Unterlagen benötigen wir von Ihnen zum Einzug

- Fragebogen zur Heimaufnahme
- Ärztlicher Fragebogen
- Bewilligungsschreibens der Pflegekasse
- Kopie der Betreuungsverfügung bei Vorliegen einer amtlichen Betreuung
- Kopie der Vorsorgevollmacht bzw. Patientenverfügung (falls vorhanden)
- Personalausweis
- Krankenversicherungskarte und Befreiungsausweis (falls vorhanden)
- Auftrag zum Lastschrifteinzug (falls gewünscht)

Bei Langzeitpflege denken Sie bitte auch an:

- Ummeldung des Wohnsitzes (dabei sind wir Ihnen gern behilflich)
- Ummeldung bei der GEZ, evtl. Rundfunkgebührenbefreiung beantragen
- Postummeldung, Abmeldung bei der Telefongesellschaft
- Information an Freunde, Bekannte und Vereine

Was benötigen Sie für Ihren Aufenthalt bei uns:

- Möglichst waschmaschinen- und trocknergeeignete Oberbekleidung
- Möglichst viel Unterwäsche, diese sollte bei 60° waschbar und trocknergeeignet sein (ca. 15 Garnituren, 10 Strumpfhosen oder Strümpfe, 10 Nachthemden)
- Bequemes, sicheres Schuhwerk und geschlossene, sichere Hausschuhe
- Wasch-, Kosmetik- und Mundpflegeutensilien

Die persönlichen Kleidungs- und Wäschestücke werden in unserem Haus gekennzeichnet. Die Kennzeichnung ist kostenlos.

Bettwäsche, Handtücher und Waschlappen werden vom Haus gestellt und brauchen nicht mitgebracht werden.

Da alle Zimmer möbliert sind, können nur begrenzt eigene Möbel mitgebracht werden. Ein kleiner Schrank, ein Sessel sowie Bilder, Sofakissen usw. finden auf alle Fälle Platz.

Fragebogen zur Heimaufnahme

Name, Vorname : _____

Anschrift: _____
(Postleitzahl, Ort, Straße, Hausnr.)

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geburtsname: _____ Fam.-Stand: _____ Konfession: _____

Derzeitiger Aufenthalt:

Befindet sich der zukünftige Bewohner derzeit im Krankenhaus? Ja Nein

In welchem? _____

Grund: _____

Befindet sich der zukünftige Bewohner derzeit in einem andern Pflegeheim? Ja Nein

In welchem? _____

1. Angehörige (Ehegatte, Kinder oder sonstige Vertrauenspersonen):

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Verwandtschaftsgrad: _____ Tel: _____

2. Angehörige (Ehegatte, Kinder oder sonstige Vertrauenspersonen):

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Verwandtschaftsgrad: _____ Tel: _____

Liegt eine Betreuung, Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung vor?
(Bitte Kopien beifügen)

Sonstiges: _____

Hausarzt:

Name: _____ Tel: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse:

Name: _____ Anschrift: _____

Vers.-Nr. _____ Zuzahlungsbefreiung: Ja Nein
(Bitte Kopie beifügen)**Pflegegrad:**

Liegt eine Einstufung in einen Pflegegrad vor?

 PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

Wenn nein, wurde bereits ein Antrag auf Einstufung in einen Pflegegrad gestellt?

 Ja, am: _____ Nein**Kostenträger:**Reicht das monatliche Einkommen aus, um die Heimkosten zu decken? Ja NeinWird ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt? Ja Nein**Antrag:**Wurde bei der Pflegekasse ein Antrag auf Vollstationäre Pflege gestellt? Ja Nein**Wäsche / Haut- und Körperpflegeprodukte:**

- Die Privatwäsche soll kostenfrei in die Reinigung gegeben werden.
- Die Schmutzwäsche soll gesammelt werden und wird privat gewaschen.
- Körperpflegeprodukte sollen über die Einrichtung besorgt u. in Rechnung gestellt werden.
- Körperpflegeprodukte werden selbst besorgt.

Friseur / Fußpflege

- der Bewohner soll zum Friseur gehen ____x monatlich
- der Bewohner soll Fußpflege bekommen

Sonstige Angaben, Ergänzungen:

Datenschutz:

Die von Ihnen gemachten Angaben werden im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften erhoben, verarbeitet und genutzt. Die erhobenen Daten werden zum Zwecke der Erstellung des Heimvertrages, für die Pflegedokumentation und die Abrechnung der Heimkosten sowie für die Meldungen an die Pflegekasse verwendet.

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Name: _____ Geb.Datum: _____

Diagnosen: _____

Medikation:

Medikament / Dosis	Morg.	Mittag	Abend	z.Nacht

Sonstige behandlungspflegerische Verordnungen :

Ist eine Diät erforderlich? ja: _____ nein

Besteht eine Inkontinenz? Urininkontinenz Stuhlinkontinenz

Besteht Desorientiertheit? keine zeitlich örtlich zur Person situativ

Weglauftendenz nächtliche Unruhezustände akute Sturzgefahr

Besteht eine ansteckende Krankheit lt. Infektionsschutzgesetz (z.B.TBC)?

ja: _____ nein

Datum:..... Stempel und Unterschrift des Arztes:.....