

Aufnahmeantrag für die stationäre Pflege

- Vollstationäre Pflege**
 Kurzzeitpflege

Datum des gewünschten Einzuges: _____

Angaben zur Person der/des Aufzunehmenden:

Name: _____ Vorname: _____ Geburtsname: _____

Geschlecht: _____ Geb.-datum: _____ Geburtsort: _____

Wohnadresse: _____
Straße/Hausnummer

_____ PLZ/Wohnort

_____ Telefon

Derzeitiger Aufenthalt falls abweichend:

- bei Privatperson – Name: _____ Straße/Nr.: _____
PLZ/Ort: _____ Telefon: _____

- im Krankenhaus o. a. Institution – seit _____

_____ Name des Krankenhauses/der Institution

_____ Straße/Nr.

_____ PLZ/Ort

_____ Ansprechpartner

_____ Telefon

Die Kosten für Pflege und Betreuung werden aufgebracht durch:

- Einkünfte des Aufzunehmenden (Nachweis der Zahlungsfähigkeit beifügen)

Rente: €/Monat _____

Witwenrente: €/Monat _____

Kriegsopferfürsorge: €/Monat _____

Anderer Kostenträger notwendig?

Info erfolgte am _____

an zuständiges Sozialamt in _____ lt. Kostenzusage vom _____

Einstufung in Pflegegrad _____ nach SGB XI lt. Bescheid der Pflegekasse vom _____

Beantragt am _____ durch _____

Weitere Angaben des Aufzunehmenden:

Raucher

Nichtraucher

Bisherige Versorgung durch:

Familienstand:

ledig

verheiratet

verwitwet

geschieden

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

persönlich wichtigste ausgeübte Tätigkeit: _____

Gegebenenfalls Angaben zur Person des Ehegatten:

Name: _____ Vorname: _____ geborene/-r: _____

Geschlecht: _____ Geb.-datum: _____ Geburtsort: _____

Wohnadresse: _____

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Telefon

Angaben zur Person des/der Ansprechpartner/-s bzw. Vertretenden:

als Angehörige/-r

lt. Vorsorgevollmacht

Betreuer lt. Bestallungsurkunde

Betreuung wurde beantragt am _____

Name/-n: _____

Straße/Nr.: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

zuständige Krankenkasse: _____

Mitgliedsnummer: _____

Schwerbehindertenausweis: ja nein
Fahrkostenbefreiung: ja nein
Arzneimittel/Zuzahlungsbefreiung: ja befristet bis _____ nein

Wie möchten Sie im Notfall informiert werden?

24 h rund um die Uhr von _____ bis _____

Wünschen Sie die Unterstützung eines ambulanten Hospizdienstes?

Ja nein

Welches Bestattungshaus soll zu gegebener Zeit kontaktiert werden?

Besteht eine Abneigung gegen Haustiere? ja nein

Ja, gegen _____

Über wessen Vermittlung erfolgte die Einreichung des Aufnahmeantrages?

- Hausarzt _____
- Krankenhaus: welches _____
- Sozialamt in _____
- Angehörige _____
- Sonstige, welche _____

Dem Aufnahmeantrag beizufügen sind:

- Kopie der aktuellen Rentenbescheide (bei Einzug in stationäre Pflege)**
- Bescheid der zuständigen Pflegekasse über den aktuellen Pflegegrad mit Gutachten**
- Kopie der Geburts- bzw. Heiratsurkunde**
- Kostenbestätigung von anderen Kostenträgern falls vorhanden**
- Vorsorgevollmacht**
- Patientenverfügung falls vorhanden**

Die Angaben dieses Aufnahmeantrages sind verbindlich und gelten bis auf Widerruf. Der Antrag ist zusammen mit dem vom Arzt auszufüllenden beiliegenden Fragebogen einzureichen. Für den Fall der Aufnahme ist der Aufnahmeantrag Bestandteil des Pflegevertrages.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Aufzunehmenden

Unterschrift der/des vertretenden Berechtigten

Ärztlicher Fragebogen

vom behandelnden Haus- oder Krankenhausarzt auszufüllen

Gesundheitszustand von

Herr/Frau _____

(Vor- und Zuname)

Geburtsdatum _____

(Wohnort)

A. Hilfe zur körperlichen Pflege notwendig beim (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--|-----------------------|--|-----------------------|
| 1. Aufstehen aus dem Bett | <input type="radio"/> | 6. Essen und Trinken | <input type="radio"/> |
| 2. Waschen, Baden | <input type="radio"/> | 7. Benutzen der Toilette | <input type="radio"/> |
| 3. Frisieren | <input type="radio"/> | 8. Sauberhalten wegen Blasen-
und Mastdarmschwäche | <input type="radio"/> |
| 4. An- und Ausziehen | <input type="radio"/> | 9. Lagern zur Nachtruhe und
besondere Aufsicht über Nacht | <input type="radio"/> |
| 5. Anlegen orthopädischer
Hilfsmittel | <input type="radio"/> | | |

B. Hilfe zur Teilnahme am Gemeinschaftsleben notwendig, weil Patient (zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | | |
|--|-----------------------|-------------------|-----------------------|
| 1. völlig bettlägerig ist | <input type="radio"/> | 6. schwer hört | <input type="radio"/> |
| 2. nicht allein gehen kann | <input type="radio"/> | 7. schlecht sieht | <input type="radio"/> |
| 3. sehr beschwerlich geht | <input type="radio"/> | | |
| 4. einen Rollstuhl benutzen
muss | <input type="radio"/> | | |
| 5. sich nur in einer Gemein-
schaft sinnvoll beschäftigen
kann | <input type="radio"/> | | |

C. Sonstige Angaben

1. Körpergewicht ca. _____ kg
2. An Hilfsmittel oder Körperersatzstücken (z. B. Bruchbänder) werden z. Z. benutzt:

3. Besondere Wünsche (z. B. Diät) _____

4. Ist eine laufende ärztliche und medikamentöse Behandlung erforderlich? ja nein
5. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (z. B. Tuberkulose der Atemwege)? ja nein
6. Besteht ein Decubitus? ja nein
7. Besteht ein Alkoholabusus? ja nein
8. Besteht ein Medikamentenabusus? ja nein

D. Zusätzliche Angaben

1. ärztliche Diagnosen:

2. Psychischer Befund (Stimmungslage, Intellekt, Verhalten):

3. Der Patient ist desorientiert

Nein

Persönlich

Zeitlich

Örtlich

4. In welcher Weise wird er/sie behandelt? (Medikamentenplan, ggf. AO zur Wundversorgung beifügen):

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes