

A N M E L D U N G zum Einzug in das Ev. Seniorenzentrum Theresienau

Name, Vorname: _____ Geburtsname: _____

Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Familienstand: _____ Konfession: _____

Anschrift, Tel.nr., Email-Adresse: _____ z.Zt. in welchem Krankenhaus oder Heim: _____

Einstufung in einen Pflegegrad: ja nein

Falls „ja“:

Pflegegrad 1 2 3 4 5

Pflegekasse/Krankenkasse: _____ **Versicherten-Nr.:** _____

Finanzierung der Heimkosten

- Selbst: ja nein (Nachweis beifügen)

Amt für Soziales und Wohnen

- Heimbedürftigkeit beantragt: ja nein (Nachweis beifügen)

Angehöriger Betreuer Bevollmächtigter **Angehöriger Betreuer Bevollmächtigter**

Name, Vorname: _____ Name, Vorname: _____

Anschrift: _____ Anschrift: _____

Tel. privat: _____ Tel. privat: _____

Tel. dienstl.: _____ Tel. dienstl.: _____

Tel. mobil: _____ Tel. mobil: _____

Email: _____ Email: _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Hausarzt: _____ **Facharzt:** _____

Name: _____ Name: _____

Anschrift: _____ Anschrift: _____

Wünsche zum Einzug: _____

Ort, Datum, Unterschrift _____

Ärztlicher Beurteilungsbogen zum Einzug in das Ev. Seniorenzentrum Theresienau

➔ **Hinweis für den Arzt: Dieses Dokument beinhaltet 2 Seiten** ◀

Vor-, Zuname des Pat.: _____ Geb.-Datum: _____

- ➔ Es liegt keine ansteckungsfähige Tuberkulose oder eine andere ansteckende Krankheit i.S.d. **IFSG** vor.
- ➔ Es liegen keine Hinweise auf Hin-/Weglauftendenzen vor.
- ➔ Es liegen keine Hinweise auf selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten vor.

Falls ja, bitte ausführen:

Mitbehandelnde Ärzte: _____

Diagnosen: _____

Risiken/Gefährdungen

- Exsikkosegefahr
- Ärztlich angeordnete **Trinkmenge** pro Tag: _____ ml
- ➔ Info an Arzt bei Unterschreitung: sofort nach _____ Tagen nächste Visite
- Kachexiegefahr
- Ärztlich angeordnete **Kcal-Menge** pro Tag: _____ kcal
- ➔ Info an Arzt bei Unterschreitung: sofort nach _____ Tagen nächste Visite

- Pneumoniegefahr Aspirationsgefahr Thrombosegefahr
- Dekubitusgefahr wo: _____
- Kontrakturgefahr wo: _____
- Sturzgefahr _____
- Inkontinenz: Harn _____ Stuhl _____ Obstipationsgefahr
- Abhängigkeiten: _____
- Multiresistente Keime: _____
- Behinderungen: _____
- Schmerzen wo: _____
- Sonstiges Risiko / sonstige Gefährdung: _____

 Ort, Datum

 Stempel, Unterschrift Arzt

Medikationen/Anordnungen

Vor-, Zuname des Pat.: _____ Geb.-Datum: _____

Medikament	Wirkstoff	BTM?	Einnahmeform	Mo	Mi	Ab	Na
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					
		<input type="checkbox"/>					

Medikamente bei Bedarf (Bitte Angabe der Indikation, Menge und zeitlicher Mindestabstand der Gabe!):

Wundversorgung:

Dauerkatheter:

Transurethral Suprapubisch

Indikation: _____

Kaliber: _____ Ch Blockflüssigkeit in ml: _____ ml

Wechselrhythmus: _____ Wochen Wechsel durch: Arzt Pflegefachkraft

Urindrainagesystem: _____

Wechsel des Drainagesystems nach _____ Tagen

Krankengymnastik _____ Ergotherapie _____

Sonstiges zur Beachtung: _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Arzt

CHECKLISTE EINZUG

Hinweis:

Sollten unsere Pflegekosten Ihre finanziellen Möglichkeiten übersteigen, müssen Sie **v o r** Heimaufnahme beim zuständigen Sozialamt einen Antrag auf **Prüfung der Heimbedürftigkeit** und Übernahme der nicht gedeckten Heimkosten stellen.

Für den Einzug benötigen Sie:

- Den Anmeldebogen
- Personalausweis
- Vollmacht bzw. Betreuungsurkunde
- Den/Die letzten Rentenbescheid(e), Belege sämtlicher monatlicher Einkommen
- Kopie des/der Sparbuches/er
- Versichertenkarte/Gesundheitskarte
- Befreiungsnachweis zur Zuzahlung von Arzneimittelkosten
- Kopie des Schwerbehindertenausweise
- Den ärztlichen Fragebogen, aus dem auch hervorgeht, dass Sie frei von ansteckenden Krankheiten sind sowie eine TBC-Erkrankung ausgeschlossen ist
- Pflegegradbescheid der Pflegekasse
- Bankverbindung
- Bei Verheirateten: Name, Vorname Ehemann/Ehefrau sowie Datum der Eheschließung
- Bitte neue Telefonnummer mitteilen