



Anmeldung zur Aufnahme

Datum der Anfrage/unverbindlichen Anmeldung:

Einzug zum: _____ bis _____

dringende Bitte um Anmeldung

Zimmer: _____

Vormerkung / Information

Interessent*in:

Name, Vorname		Geburtsname
PLZ Wohnort	Straße	Telefonnummer
Falls derzeitiger Aufenthalt nicht bei dieser Adresse, derzeitiger Aufenthaltsort:		

Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Familienstand	Konfession	E-Mail-Adresse

Hausarzt:

Name	Adresse	Telefon- & Faxnummer
------	---------	----------------------

Krankenkasse:

Name	Adresse	Telefon- & Faxnummer
------	---------	----------------------

Pflegegrad: _____ genehmigt beantragt

Besteht eine vom Amtsgericht eingesetzte Betreuung?

nein beantragt ja, für:

Besteht eine Vorsorgevollmacht? ja, für: nein

Angehörige:

Name, Adresse	Telefonnummer / E-Mail-Adresse	Verwandtschafts- verhältnis
_____	_____	_____
Name, Adresse	Telefonnummer / E-Mail-Adresse	Verwandtschafts- verhältnis
_____	_____	_____

Kostenträger:

Selbstzahler Angehörige Sozialamt: _____
Anschrift, Tel., Fax

Einwilligung

Ich bin damit einverstanden, dass meine oben gemachten Angaben zur Bearbeitung meiner Anfrage im EDV-System der Einrichtung gespeichert werden. Sobald ich meine Anfrage zurückziehe oder spätestens nach zwei Jahren werden die Daten gelöscht.

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass ich per E-Mail über einen freien Platz oder Veranstaltungen im Seniorenzentrum/ KurzZeitPfleger Südwest informiert werde (Zutreffendes bitte ankreuzen):

ja nein

Karlsruhe, den _____

Unterschrift Interessent*in / Betreuer*in

Vorabgespräch zum derzeitigen Gesundheitszustand vom: _____			
Name: _____		Geb. Datum: _____	
Gehfähig <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Teilweise			
Hilfsmittel: _____			
Bettlägerig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Teilweise			
<input type="checkbox"/> Suprapubischer Katheter <input type="checkbox"/> Transurethraler Katheter			
Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Teilweise			
Bemerkung: _____ <input type="checkbox"/> Stomaversorgung			
Örtliche Orientierung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Zeitliche Orientierung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Orientierung zur Person	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Gestörter Tag und Nacht Rhythmus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Weglauff Tendenzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Schmerzen <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Beschreibung: _____			
Hilfe wird benötigt bei:			
Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Waschen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Baden/ Duschen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Frisieren/ Rasieren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Lagerung zur Nacht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Einnehmen von Medikamenten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise

Suchtkrankheit	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor	
	<input type="checkbox"/> lag in der Vergangenheit vor		
Welche: _____			
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Welche: _____			
Ist der Gast frei von ansteckenden Krankheiten (MRSA, VRE, 3 MRGN usw.)?			
<input type="checkbox"/> Ja		<input type="checkbox"/> Nein	
Beschreibung: _____			
Welche Kostformen (Sondernahrung) sind erforderlich?			
<input type="checkbox"/> Normalkost		<input type="checkbox"/> Diabetiker geeignete Kost	
<input type="checkbox"/> Sondernahrung: _____		Schwerkraftsystem: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Ernährungszustand	<input type="checkbox"/> normal	<input type="checkbox"/> adipös	<input type="checkbox"/> kachektisch
Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Teilweise
Sonstige Verordnungen wie z.B.			
<input type="checkbox"/> Wunderbände _____			
<input type="checkbox"/> Kompressionsstümpfe		<input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät <input type="checkbox"/> Konzentrator	
Weiteres: _____			

Weitere Verordnungen, z.B. KG, Logopädie, Ergotherapie, Podologische Therapie?			

Soll von der Kurzzeitpflege organisiert werden?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Freiheitsentziehende Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Beantragt
Beschluss vom: _____			
Anwendungsbereich: _____			
Hinweise und Bemerkungen:			

Karlsruhe, den _____

Unterschrift Interessent*in / Betreuer*in