



Anmeldung zur Heimaufnahme

Name, Vorname			Geburtsname
Adresse	Straße/PLZ/Ort		
			Telefon
derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Altenheim entsprechend)	Straße/PLZ/Ort		Telefon
Geburtsdaten/-ort	Datum	Ort	
Familienstand		Konfession	Staatsangehörigkeit
Angehörige	1) Name/ Vorname		
	Straße/PLZ/Ort		
	wie verwandt		Telefon
	2) Name/ Vorname		
	Straße/PLZ/Ort		
	wie verwandt		Telefon
	3) Name/ Vorname		
	Straße/PLZ/Ort		
	wie verwandt		Telefon
Betreuer (nach Betreuungsrecht)	Name/ Vorname		
	Straße/PLZ/Ort		Telefon
Kopie beilegen			
Hausarzt	Name		
	Straße/PLZ/Ort		Telefon
Kranken-/Pflegekasse		Vers.nr.:	Pflegegrad
gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer Doppelzimmer		
Termin des Aufenthaltes	ab		
Kostenträger	Wird Unterstützung durch Sozialhilfe bezogen oder beantragt? Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?		ja __ nein __
Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/Betreuer		

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zum Heimeinzug

Name, Vorname							
Geburtsdatum							
Benötigt der Patient Hilfe beim							
	gelegentlich nein häufig ständig		gelegentlich nein häufig ständig				
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen(aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient							
	gelegentlich nein häufig ständig		gelegentlich nein häufig ständig				
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist der Patient bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liegt Inkontinenz vor?							
	gelegentlich nein häufig ständig						
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
(wenn ja, in welcher Form?)	<input type="checkbox"/>	Stressinkontinenz		Reflexinkontinenz	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	Dranginkontinenz		Überlaufinkontinenz	<input type="checkbox"/>		
Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?							
Besteht eine Suchtkrankheit? (wenn ja, welche?)							
Besteht körperliche Behinderung? (wenn ja, welcher Art?)							
Liegen psychische Störungen vor? (wenn ja, welcher Art?)							
Bestehen ansteckende Krankheiten wie z. B. TBC? (bitte genau bezeichnen)							

Liegen Informationen zu Schmerzen vor? (Schmerzlokalisierung Schmerzdiagnose)			
Diagnose			
Welche Medikamente müssen verabreicht werden?			
Liegen Informationen zu MRSA vor?	ja		, nämlich:
	nein		
Ist Diät/Schonkost erforderlich? (wenn ja, welcher Art?)			
Hinweise, Bemerkungen			
	Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person		Stempel und Unterschrift des Arztes
	Ort, Datum		

Arztstempel

Datum _____

Ärztliches Zeugnis gemäß §36 IfSG (Infektionsschutzgesetz)

Name _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Adresse _____

voraussichtliche Aufnahme
in folgende Einrichtung _____

Die Röntgenaufnahme der Atmungsorgane vom _____ (Untersuchungsdatum)
ergab keinen Anhalt für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der Atmungsorgane.

Bemerkungen: _____

Unterschrift des Arztes

§ 36 Abs. 4, Satz 1 und 6 und Abs. 5 IfSG in der Fassung vom 20.07.2000
(Inkrafttreten am 01.01.2001):

(4) "Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung nach § 1 Abs. 1 oder 1a des Heimgesetzes oder in eine Gemeinschaftsunterkunft für Obdachlose, Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind."

"Personen, die nach Satz 1 ein ärztliches Zeugnis vorzulegen haben, sind verpflichtet, die für die Ausstellung des Zeugnisses nach Satz 1 und 2 erforderlichen Untersuchungen zu dulden."

(5) "Das Grundrecht...der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Abs.2 Satz 1 Grundgesetz) wird insoweit eingeschränkt."

Städt. Alten- und Altenpflegeheim Eisenhüttenstadt GmbH Poststraße 54 b 15890 Eisenhüttenstadt	Qualitätshandbuch	Geltungsbereich Bewohnerverwaltung
---	--------------------------	---------------------------------------

Einzug in die Einrichtung

Woran Sie denken sollten, bevor Sie bei uns einziehen wollen!

Diese Unterlagen sind so bald wie möglich bei uns einzureichen:	erledigt
Anmeldung für die Heimaufnahme	
Ärztlicher Fragebogen (vom Hausarzt auszufüllen)	
Ärztliches Zeugnis (Lunge Röntgen, vom Hausarzt auszufüllen)	
Bestätigung der Pflegekasse zur Kostenübernahme bei vollstationärer Pflege	
Kopie der Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung, Betreuungsausweis	
Sozialhilfebescheid (wenn vorhanden)	

Was ist zur Heimaufnahme mitzubringen?

Ausweise/Dokumente	erledigt
Personalausweis	
Krankenkassenkarte	
Bescheinigung über Befreiung zur Zuzahlung bei Arzneimitteln	
Impfausweis (wenn vorhanden)	
Herzschrittmacherausweis (wenn vorhanden)	
Schwerbeschädigtenausweis	
Angabe eines Bestattungshauses	

Bekleidung	erledigt
Oberbekleidung, Unterwäsche, Nachtwäsche, Strümpfe	
Bademantel/Morgenrock, Badelatschen, geschlossene Hausschuhe	
Witterungsbedingte Kleidung: Mantel, Jacke, Schal, Mütze usw.	
Toilettenartikel	
Duschbad, Körperlotion, Creme, Zahnpflegeartikel, Haarbürste/Kamm	
Zahnprothesendose und Reinigungsmittel, Rasierutensilien, Nageletui	
Für einen möglichen Krankenhausaufenthalt: Reisetasche	
eigenes Mobiliar nach Absprache	
individueller Raumschmuck	
Fernseher/Radio/Telefonapparat	

Sonstiges	erledigt
Medikamente (namentlich versehen) nur Originalverpackung mit Beipackzettel	
Medikamentenplan mit ärztlicher Unterschrift	
Verordnungen (z. B. Salben, Augentropfen)	
vorhandenes Inkontinenzmaterial	

Diese Um-/Abmeldungen müssen erledigt werden	erledigt
Personalausweis (Einwohnermeldeamt)	
Krankenkassenkarte	
Rundfunkgebühren	
Zeitungen/Zeitschriften	
Telefon (da hausinterne Anlage)	

Formular	Bearbeiterin	Änderungsstand	Bez. und Datum	Seite
BV 001	Frau Fürstenberg	02.01.2017	Einzug vollst. 170113	1

Städt. Alten- und Altenpflegeheim Eisenhüttenstadt GmbH Poststraße 54 b 15890 Eisenhüttenstadt	Qualitätshandbuch	Geltungsbereich Bewohnerverwaltung
---	--------------------------	---------------------------------------

Fragebogen zum Freizeitverhalten und Interessengebiete der künftigen Bewohner

Sehr geehrte Angehörige,
sozio-kulturelle Betreuung bei Senioren befasst sich nicht damit, den Senioren vorwiegend Neues zu erlernen, sondern das zu wiederholen, was sie schon vor Jahren erlernt haben.
Unsere Mitarbeiter der Ergotherapie betreuen auch individuell die Heimbewohner.
Wir bitten Sie um Ihre Mitarbeit, indem Sie diesen Fragebogen ausfüllen. Mit Ihrer Hilfe geben Sie uns die Möglichkeit, die Eingewöhnungszeit Ihres Angehörigen zu erleichtern.

Allgemeine Angaben

Name, Vorname Geburtsdatum

Anzahl der Kinder

ehemaliger Beruf oder Tätigkeit

körperliche Gebrechen

Rollstuhlfahrer ja nein

Schwerhörigkeit ja nein

Sehschwäche ja nein

Bettlägerigkeit ja nein

Kommunikation

ist gern in Gesellschaft ja nein

unterhält sich gern ja nein

bisheriger Tagesablauf und -gestaltung

Formular	Bearbeiterin	Änderungsstand	Bez. und Datum	Seite
BV 001	Frau Fürstenberg	02.01.2017	Fragebogen Freizeit 170113	1

Interessengebiete/Hobbys

	interessiert	nicht interessiert
Kreativität		
Basteln		
Handarbeiten		
Hausarbeit		
Malen		
Garten- und Blumenpflege		
geistige und körperliche Interessen		
Lesekreis (Lektüre von Zeitungen, Erzähltexten usw.)		
Singen (Chor)		
Musizieren (Klangkörper)		
Gesprächskreis		
Filmenachmittag (DVD, Video)		
Kartenspiele/Brettspiele		
Senioren-gymnastik		
Kulturveranstaltungen, Gottesdienst		
Kurzausflüge (auch für Rollstuhlfahrer)		
Besuch von Theater, Museum u. a.		
Gottesdienst		

An welchen bisher nicht genannten Beschäftigungen hat ihr Angehöriger sonst noch Interesse?

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit