

Aufnahmeformular Seniorenresidenz Schloss Kahlspurg gGmbH

!Eine Aufnahme erfolgt ausschließlich mit einem COVID 19 Impfstatus!

Persönliche Daten

Vorname:	Nachname:
Geburtsname:	Familienstand:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsbürgerschaft:	Religion:

Anschrift

Straße:
Ort/Postleitzahl:
Telefon:
Eintritt <input type="checkbox"/> von Daheim <input type="checkbox"/> aus Krankenhaus <input type="checkbox"/> Sontiges:

Sozialversicherung

Versicherungsnr. + Versicherungsanstalt:
Rezeptgebührenbefreit <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pflegestufe: Bescheid vom: Erstantrag am:
Erhöhung beantragt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein beantragt am:
COVID 19 Impfungen/Datum:
COVID 19 Impfstoff:

Hausarzt

Name:	Telefon:
Adresse:	
Mögliche Weiterbetreuung:	

Ansprechpartner fürs Heim

<input type="checkbox"/> Ehepartner	<input type="checkbox"/> Sohn/Tochter	<input type="checkbox"/> Erwachsenenvertreter	<input type="checkbox"/> Sontiges:
Name:		Telefon:	
Adresse:			

Finanzierung und Ausstattung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Finanzierung	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> Selbstzahler
Wohnraum	<input type="checkbox"/> Pflegezimmer	<input type="checkbox"/> Appartement

Pflegebedarf bei Einzug

Eintritt: von zu Hause aus aus dem KH Sontiges

Langzeitpflege

Kurzzeitpflege (mindestens 4 Wochen)

Sozialhilfeantrag Selbstzahler

Dringlichkeit und Grund der Aufnahme ist gegeben durch:

Hilfestellungen im Alltag

• Hilfestellung Ernährung

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Selbstständig
- Vorbereitung der Mahlzeit (aufschneiden etc.)
- Hilfe bei der Einnahme des Essens
- Ernährung über eine Sonde

• Hilfestellung Körperpflege

Zutreffendes bitte einkreisen

Zähneputzen	keine	zeitweise	oft	immer
Rasieren/Frisieren	keine	zeitweise	oft	immer
Morgen- und Abendtoilette	keine	zeitweise	oft	immer
Dusche/Bad	keine	zeitweise	oft	immer

• Hilfestellung Mobilität

Bitte Zutreffendes einkreisen bzw. ankreuzen

Gehen	keine	zeitweise	oft	immer
Aufstehen/ zu Bett gehen	keine	zeitweise	oft	immer
An- und Ausziehen	keine	zeitweise	oft	immer
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Leibstuhl	
	<input type="checkbox"/> Stock	<input type="checkbox"/> Krücken	<input type="checkbox"/> Sonstiges	

• **Hilfestellung Ausscheidung**

Bitte Zutreffendes einkreisen bzw. ankreuzen

WC – Benutzung	keine	zeitweise	oft	immer
Leibstuhlbenutzung	keine	zeitweise	oft	immer
Inkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein		
Inkontinenzhilfen	<input type="checkbox"/> Leibstuhl	<input type="checkbox"/> Schüssel/Flasche	<input type="checkbox"/> Katheder	<input type="checkbox"/> Windel

• **Sonstiges zur Person**

Zutreffendes bitte ankreuzen

Desorientiert	<input type="checkbox"/> örtlich	<input type="checkbox"/> zeitlich	<input type="checkbox"/> persönlich	<input type="checkbox"/> situativ	<input type="checkbox"/> nie
Verhalten	<input type="checkbox"/> kann alleine sein		<input type="checkbox"/> kann zeitweise alleine sein		
	<input type="checkbox"/> kann nicht alleine sein		<input type="checkbox"/> ausgeglichen	<input type="checkbox"/> umtriebig	
Abhängigkeit-Sucht Suchtverhalten/ Anfang:	<input type="checkbox"/> Alkohol	<input type="checkbox"/> Rauchen	<input type="checkbox"/> Medikamente		
Schlafgewohnheiten:	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> unruhig	<input type="checkbox"/> Tag- und Nachtumkehr		

• **Kommunikation**

Zutreffendes bitte ankreuzen

Hören	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> taub	<input type="checkbox"/> Hörgerät
Sehen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> blind	<input type="checkbox"/> Brille
Sprechen	<input type="checkbox"/> gut	<input type="checkbox"/> schlecht	<input type="checkbox"/> Sprechfehler:	
	<input type="checkbox"/> Sonstige Einschränkung bei der Kommunikation:			

Aufgrund der DSGVO ist der/die GesprächspartnerIn mit seiner/ihrer Unterschrift damit einverstanden, dass die Seniorenresidenz Schloss Kahlspurg gGmbH die oben angegebenen Informationen, bis auf Wiederruf, ein Jahr in Evidenz halten darf.

Datum

Unterschrift

Hier finden Sie noch Platz für etwaige Fragen oder Wünsche: