

Aufnahmeformular Seniorenresidenz Schloss Kahlspurg gGmbH

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

Versicherungsnummer:			
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:

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 Sozialhilfe Selbstzahler
Wohnraum Pflegezimmer 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 örtlich zeitlich persönlich situativ nie

Verhalten kann alleine sein kann zeitweise alleine sein
 kann nicht alleine sein ausgeglichen umtriebig

Abhängigkeit-Sucht Alkohol Rauchen Medikamente
Suchtverhalten/ Anfang :

Schlafgewohnheiten: gut unruhig Tag- und Nachtumkehr

• **Kommunikation**

Zutreffendes bitte ankreuzen

Hören gut schlecht taub Hörgerät

Sehen gut schlecht blind Brille

Sprechen gut schlecht Sprechfehler:

Sonstige Einschränkung bei der Kommunikation:

Diverse Anmerkungen die wichtig sein könnten

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 Widerruf, ein Jahr in Evidenz halten darf.

Datum

Unterschrift

Hier finden Sie noch Platz für etwaige Fragen oder Wünsche: