



Eingegangen:

Anmeldung zur Heimaufnahme

Senioreneinrichtungen Wesel

- Nikolaus-Stift** Wilhelm-Ziegler-Str. 21, 46483 Wesel
- Martinistift** Martinistr. 6-8, 46483 Wesel
- St. Lukas** Springendahlstr. 6, 46483 Wesel
- St. Christophorus** Wilhelmstr. 4, 46562 Voerde
- St. Elisabeth** Elisabethstr. 10, 46562 Voerde

Senioreneinrichtungen Emmerich/Rees

- Willikensoord** Willikensoord 1, 46446 Emmerich am Rhein
- St. Augustinus** Willibrordstr. 15, 46446 Emmerich am Rhein
- Agnes-Heim** Gouverneurstraße 9, 46459 Rees
- St. Joseph** Hospitalstraße 3, 46459 Rees-Millingen

1. Heimplatzanmeldung

akut

vorsorglich

Vor-, Zu-, ggf. Geburtsname

Anschrift

Telefon

Geburtsort

Geburtsdatum

Konfession

Familienstand

Staatsangeh.

2. Derzeitiger Aufenthalt

Eigene Wohnung, Anschrift siehe Punkt 1

3. Angehörige

Bitte Namen, Anschrift, Telefonnummer und Verwandtschaftsgrad angeben!

1.

2.

3.

4. Betreuung/Vollmacht

ist/wird angeregt besteht bereits
 Notwendigkeit nicht geklärt

Betreuerin/Betreuers/Bevollmächtigten Telefon

Anschrift

Wirkungskreis der Betreuung

5. Kontaktperson

Angehörige (siehe Punkt 3) Betreuung (siehe Punkt 4)

6. Hausärztin/Hausarzt

Name

Anschrift

Telefon

7. Krankenkasse

Name

Anschrift

Telefon



Aktueller ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

– nicht älter als 14 Tage

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen



Eingegangen:

1. Vor- und Zuname

Geburtsdatum

2. Körperliche Behinderung – Art –

3. Geistig-seelische Behinderung oder Störung – Art –

4. Diagnosen

6. Mobilität

z. Zt. bettlägerig

ja nein

	selbstständig	Anleitung Hilfestellung	ständig auf Hilfe angewiesen
Aufstehen aus liegender Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen aus sitzender Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpergerechte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen mit Hilfsmitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- und Ablegen von Prothesen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer (z. B. Bett -> Nachtstuhl)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Besondere Hinweise

insulin-/tablettenpflichtiger
Diabetes mellitus

Antiepileptikatherapie

Antikoagulationstherapie

Allergien:

Implantate:

Schmerzbehandlung:

Kontraktur

Lokalisation:

Dekubitus

Lokalisation:

Grad/Stadium:

Lähmung

Lokalisation:

7. Körperpflege

	selbstständig	Anleitung Hilfestellung	ständig auf Hilfe angewiesen
Ganzkörperpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-/Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Ernährung

	selbstständig	Anleitung Hilfestellung	ständig auf Hilfe angewiesen
mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelung der Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
besondere Kostform	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

wenn ja, welche:

Sonderernährung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
PEG	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

9. Ausscheidungen

Beherrschung des Stuhlabganges	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Beherrschung des Urinabganges	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Blasenverweilkatheter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Charrière:

Suprapubischer Blasenkatheeter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Stoma	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

10. Kommunikation

Keine Einschränkung

Eingeschränktes Sehvermögen	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel:
Eingeschränktes Hörvermögen	<input type="checkbox"/> Hilfsmittel:
Eingeschränktes Sprachvermögen	<input type="checkbox"/>

11. Bewußtseinslage

Störungen in folgenden Bereichen:

Nachts ruhig	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
psychomotorische Unruhe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Selbst-/Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weglauff Tendenzen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Orientierung:

zeitlich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
örtlich	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
situativ	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> zeitweise
zur Person	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> zeitweise

Erläuterungen:

Aktuelle Stimmungslage:

12. Weitere Angaben

Sind freiheitseinschränkende Maßnahmen erforderlich (z. B. Bettgitter)? Ja Nein

wenn ja, welche:

Ist eine stationäre Rehamaßnahme geplant? Ja Nein

Sind ansteckende Krankheiten bekannt? (auch Tbc)? Ja Nein

wenn ja, welche:

MRSA-Erreger Ja Nein

Alkohol- oder Medikamentenabusus? Ja Nein

Raucher Ja Nein

Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Ort

Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

8. Einkommen

Art des Einkommens	Zahlende Stellen	Betrag in €
Altersrente		
Witwenrente		
Kriegsopferrente		
Rente aus Kindererziehungszeiten		
Werksrente		
Zusatzrente		
Sonstiges		

9. Finanzierung

Pflegeversicherung

Ein Antrag auf stationäre Pflegeleistungen wurde gestellt

Die Notwendigkeit der Heimaufnahme wurde von der Pflegekasse

- bestätigt
 noch nicht bestätigt, eine Entscheidung steht z. Zt. noch aus
 empfohlen

Es wurden bereits von der Pflegekasse

Leistungen in der Höhe der Pflegestufe gewährt keine Leistungen gewährt

Selbstfinanzierung

Rente/Beihilfe (mtl.)

Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben)

Bestand heute: €

Sozialamt

Ein Kostenübernahmeantrag beim zuständigen Sozialamt in

wurde bereits gestellt wird umgehend gestellt

Die Notwendigkeit der Heimaufnahme wurde vom Sozialamt

- bestätigt
 noch nicht bestätigt, eine Entscheidung steht z. Zt. noch aus
 verneint

Bitte diesen Antrag sorgfältig und komplett ausfüllen. Der ärztliche Fragebogen ist vom Hausarzt oder dem behandelnden Arzt im Krankenhaus auszufüllen.

