

Alten- und Pflegeheim Willig OHG	Kapitel: Darstellung und Leistung Titel: Anmeldung zur Heimaufnahme	DS 2.10.4.	Geltungsbereich Verwaltung und Pflege
--	---	---------------	---

ALTEN- UND PFLEGEHEIM WILLIG OHG



**SALINENSTRASSE 31-34
31162 BAD SALZDETFURTH
TEL. 05063 - 90860**

Information zur Heimaufnahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

um Ihnen den Einzug in unser Haus so einfach wie möglich zu gestalten und Sie medizinisch gut zu versorgen, bitten wir Sie im Vorfeld einiges zu beachten:

Am Tag Ihres Einzuges können wir Sie von Montag bis Freitag zwischen 08.00 und 14.00 Uhr aufnehmen. Ausnahmen hiervon sind im Vorfeld abzusprechen.

Bitte bringen Sie zum Einzug einen aktuellen Medikamentenplan mit. Sie müssen außerdem die dazugehörigen Medikamente mitbringen und/oder entsprechende Rezepte. Medikamente die nicht da sind, können wir nicht verabreichen.

Für die Zeit Ihres Aufenthaltes bei uns müssen Sie sich im Vorfeld um einen Hausarzt kümmern, der zu uns ins Haus kommt. Gern können wir Ihnen dabei behilflich sein.

Wir wünschen Ihnen einen schönen Aufenthalt

Ihr Alten- und Pflegeheim Willig

	Bearbeitet	Geändert	Freigegeben	Revisionsstand: 4 Seite: 1 von 10
Datum	22.07.2019	23.07.2019		
Name	Birgit Gerstmann	Birgit Gerstmann	Marion Ernst	

Alten- und Pflegeheim Willig OHG	Kapitel: Darstellung und Leistung Titel: Anmeldung zur Heimaufnahme	DS 2.10.4.	Geltungsbereich Verwaltung und Pflege
--	---	---------------	---

	Bearbeitet	Geändert	Freigegeben	Revisionsstand: 4 Seite: 2 von 10
Datum	22.07.2019	23.07.2019		
Name	Birgit Gerstmann	Birgit Gerstmann	Marion Ernst	

Antrag auf einen Pflegeplatz

Vollstationäre Pflege ab _____

Kurzzeit Pflege vom _____ bis _____

Von der Verwaltung auszufüllen:

Debitorennr.: _____

Wohnbereich/Zimmer _____

Info am: _____

- WB
- PDL
- BD
- Wäscherei
- Eintrag Kalender

1. Angaben zur Person

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Name: _____

Geb.-Datum:19.....

Geburtsort: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Häusliche Anschrift:

Straße: _____

Ort: _____

Wird beibehalten ja nein

Telefon mit Vorwahl: (.....)

Staatsangehörigkeit: _____

Alten- und Pflegeheim Willig OHG	Kapitel: Darstellung und Leistung Titel: Anmeldung zur Heimaufnahme	DS 2.10.4.	Geltungsbereich Verwaltung und Pflege
--	---	---------------	---

2. Angehörige Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name: _____

Vorname: _____

Strasse: _____

Ort: _____

Telefon mit Vorwahl: (.....) Telefax mit Vorwahl: (.....)

3. Wurde eine Generalvollmacht erteilt: ja nein

An wen? _____

4. Betreuung durch Beschluss des Vormundschaftsgerichtes

ja nein ist beantragt

Name des Betreuers: _____

Strasse: _____

Ort: _____

Telefon: (.....) Telefax: (.....)

5. Bisheriger Hausarzt:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: (.....), bitte klären, ob weitere Betreuung im Heim möglich

6. Kranken/Pflegekasse:

Name: _____ Rezeptgebühren befreit: ja nein Befreiung beilegen

Versichertennummer: _____

Anschrift: _____

Telefon: (.....)

6.a Pflegegrad 1 2 3 4 5

7. Wurde der Antrag auf vollstationäre Pflege bei der Kasse gestellt? ja nein

8. Kostenträger

Selbstzahler ja nein

9. Wurde Sozialhilfe beantragt?

Sozialamt: _____

Muss noch beantragt werden ja nein

	Bearbeitet	Geändert	Freigegeben	Revisionsstand: 4 Seite: 4 von 10
Datum	22.07.2019	23.07.2019		
Name	Birgit Gerstmann	Birgit Gerstmann	Marion Ernst	

10. Wäsche und Sonstiges

Ist die Wäsche mit Wäschenamen gekennzeichnet? ja nein

--Wenn nein, wird keine Haftung übernommen--

Sollen Wäschenamen bestellt werden ja nein

	ja	nein
Soll empfindliche Kleidung gereinigt werden?		
Soll der Friseur im Haus genutzt werden?		
Friseurbesuch im Monat: 1x 2x 3x 4x		
Möchten Sie die vom Haus angebotene med. Fußpflege in Anspruch nehmen?		
Sollen Pflegeartikel vom Haus bestellt werden?		
Möchten Sie die hauseigene Kioskbestellung nutzen?		
Möchten Sie zusätzliche Getränke vom Haus kostenpflichtig beziehen?		

11. Bisheriger ambulanter Pflegedienst

Ansprechpartner: _____

Adresse: _____

Bei einem vorherigen Krankenhausaufenthalt ist der Pflegebericht erforderlich!

12. Erkrankungen und Hilfebedarf

Diagnosen: _____

Vorhandene Wunden/Dekubitus, wie versorgt?: _____

Suchtkrankheiten: ja nein

Körperliche Behinderungen: ja nein,

welche? _____

Ernährungszustand: _____

Enterale Ernährung: PEG? _____

Ist Diät/Schonkost erforderlich? ja nein

Welche Medikamente müssen derzeit verabreicht werden? _____

Besteht Weglaufgefahr: ja nein

Ist eine Fixierung notwendig? (Beschluss): ja nein

Gefährdung Anderer oder der eigenen Person?: ja nein

Alten- und Pflegeheim Willig OHG	Kapitel: Darstellung und Leistung Titel: Anmeldung zur Heimaufnahme	DS 2.10.4.	Geltungsbereich Verwaltung und Pflege
--	---	---------------	---

Zutreffendes bitte ankreuzen!

Ist der/die Bewohner/in desorientiert?

- Zeitlich nein gelegentlich häufig dauernd
- Örtlich nein gelegentlich häufig dauernd
- Persönlich nein gelegentlich häufig dauernd

Ist der/die Bewohner/in Dialysepatient? ja nein

Besitzt der/die Bewohner/in einen Herzschrittmacher? ja nein

Ist der/die Bewohner/in inkontinent? (Harn, Stuhl): _____

Benötigt der/die Bewohner/in Hilfe beim:

- Gehen keine gelegentliche häufige dauernde
- Essen keine gelegentliche häufige dauernde
- Waschen keine gelegentliche häufige dauernde
- Ankleiden keine gelegentliche häufige dauernde
- Frisieren/Rasieren keine gelegentliche häufige dauernde
- Aufstehen keine gelegentliche häufige dauernde
- Zu Bett gehen keine gelegentliche häufige dauernde
- Toilettengang keine gelegentliche häufige dauernde

Unterschrift/Datum
(Bewohner/Bevollmächtigter/Betreuer)

	Bearbeitet	Geändert	Freigegeben	Revisionsstand: 4 Seite: 6 von 10
Datum	22.07.2019	23.07.2019		
Name	Birgit Gerstmann	Birgit Gerstmann	Marion Ernst	

Sehr geehrte/r Bewohner/in
Sehr geehrte Angehörige!

Da mit dem Einzug in unsere Einrichtung für Sie ein neuer Lebensabschnitt beginnt, benötigen wir einige Angaben über ihre/seine Rituale, Gewohnheiten und Wünsche. Die hier gesammelten Informationen sind für unsere Mitarbeiter eine große Hilfe im Umgang mit unserem/er neuen Bewohner/in. Desto detaillierter die Angaben zu Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen erarbeitet werden, umso besser können wir in der Zeit des Einlebens auf die neuen Bewohner eingehen. Dies wird umso wichtiger, je weniger der/ die Bewohner/in selbst in der Lage ist, sich sprachlich mitzuteilen und über sich und seine/ihre Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen. Wir bitten Sie, folgende Fragen nach Ihrem Ermessen zu beantworten. Das Ausfüllen des Fragebogens ist selbstverständlich freiwillig. Benötigen Sie Hilfe bei der Beantwortung von Fragen stehen Ihnen unsere Ihr Team Mitarbeiter/innen gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung

Alten- und Pflegeheim Willig OHG	Kapitel: Darstellung und Leistung Titel: Anmeldung zur Heimaufnahme	DS 2.10.4.	Geltungsbereich Verwaltung und Pflege
--	---	---------------	---

Wer soll benachrichtigt werden?	
Einzug ins Altenheim	
Wie kam es zu dieser Entscheidung ins Altenheim zu ziehen?	
Welche Wünsche, Hoffnungen oder Ängste bestehen im Hinblick auf ein Leben im Altenheim?	
Sonstiges	

Datum, Unterschrift

	Bearbeitet	Geändert	Freigegeben	Revisionsstand: 4 Seite: 9 von 10
Datum	22.07.2019	23.07.2019		
Name	Birgit Gerstmann	Birgit Gerstmann	Marion Ernst	

Alten- und Pflegeheim Willig OHG	Kapitel: Darstellung und Leistung Titel: Anmeldung zur Heimaufnahme	DS 2.10.4.	Geltungsbereich Verwaltung und Pflege
--	---	---------------	---

Unbedenklichkeitsbescheinigung *

Frau/Herr _____ geb. am _____

Ist zurzeit frei von ansteckenden Krankheiten.

Sie/Er kann in einem Altenheim aufgenommen werden.

Datum: _____

Stempel/Unterschrift des Arztes

*Bescheinigung darf bei Einzug nicht älter als 4 Wochen sein.

	Bearbeitet	Geändert	Freigegeben	Revisionsstand: 4 Seite: 10 von 10
Datum	22.07.2019	23.07.2019		
Name	Birgit Gerstmann	Birgit Gerstmann	Marion Ernst	