

Anmeldeformular / St. Jodok-Stift, Landshut Teil 1

Sehr geehrte/r Interessent/in: Bitte füllen Sie das Formular leserlich aus, damit wir Ihre Anfrage bearbeiten können. Sie gehen damit keine Verbindlichkeiten ein. Vielen Dank.

Ausgefüllt von: _____

Datum, am: _____

nur Anfrage

Feste Anmeldung

Kurzzeitpflege

Option später vollstationäre Pflege

Verhinderungspflege

Vollstationäre Pflege

Gewünschte Zimmerart:

EZ

DZ

2-Zi. Apartment

Balkon/Terrasse

ebenerdig

Etage

Möglicher Einzugstermin: _____

Uhrzeit: _____

Kurzzeit/ Verhinderungspflege von : _____ bis _____

Möbliertung :

(intern zu bearbeiten) Wohnbereich: _____ Zi.-Nr.: _____

eigene vom Haus Safe gewünscht

Neue/r Bewohner/-in/Anfragender

Name: _____

Mädchenname: _____ Staatsangeh.: _____

Adresse: _____

Geburtsdatum: _____ Konfession: _____

Tel.: _____

Familienstand: _____ Geburtsstaat: _____

verheiratet verw. seit: _____

ledig geschieden

Kinder: _____

Geburtsort: _____

Bisherige Pfarrei: _____

Angehöriger/Anfragender

Verwandtschaftsgrad: _____

Tel.-Privat: _____

Name: _____

Tel.-Arbeit: _____

Anschrift: _____

Mobil: _____

Fax: _____ Email: _____

Betreuer/in - Vorsorgebevollmächtigte/r gem. ausgewiesener Unterlagen

Name: _____

Vorsorgevollmacht

gesetzl. Betreuung

Anschrift: _____

Aufgabenkreise gem. Betreuerausweis alle Bereiche

oder:

Aufenthaltsbestimmung

Gesundheitssorge

Vertretung geg. Ämtern und Behörden

Postkontrolle

Wohnungsangelegenheiten

Vermögenssorge

gesetzl. Betreuung beantragt am _____

Tel.: _____

Patientenverf.: vorhanden nicht vorhanden erwünscht

Email: _____

Bestattungsvorsorge: vorhanden nicht vorhanden

Hausarzt (HA): _____

Ort: _____

Tel: _____ Fax: _____

Ist sicher gestellt, dass HA ins Heim kommt? Ja
ggf. bitte neuen HA suchen.

Krankenkasse: _____

Beihilfe: _____

befreit von: Rezeptgebühren

Schwerbehindertenausweis: nein Ja, zu _____ %

Kostendeckung: _____

Zahnarzt: _____ Ort: _____

Tel: _____ Fax: _____

Derzeitiger Pflegegrad: _____ seit: _____

Pflegeantrag gestellt am: _____

Durch wen: _____

bisher kein Pflegeantrag

Derzeitiger Aufenthalt: O siehe obige Adresse O Reha O Krankenhaus

Ort _____ Ansprechp.: _____ Tel. _____

Sonstige Angaben wie Krankenhauswunsch: _____

Interner Vermerk O Aktive Anfrage

O Passive Anfrage

O Im System erfasst /Datum: _____

Bitte ankreuzen bzw. ergänzen

Neuer Bewohner Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____ Ausgefüllt am: _____

Bestehen Vorerkrankungen wie z.B.	Bemerkung			
<input type="checkbox"/> Schlaganfall , wann	-> verbliebene Lähmung, welche?			
<input type="checkbox"/> Herzinfarkt, wann	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufschwäche			
<input type="checkbox"/> Luftnot	<input type="checkbox"/> ansteckende Keime/Krankheit, welche			
<input type="checkbox"/> Allergie/n	<input type="checkbox"/> O M. Parkinson / O Multiple Sklerose			
Fragen zur Mobilität und möglicher Sturzgefahr				
Gab es in der Vergangenheit Stürze?	ja, zuletzt:		nein	
Kann der Interessent ... gehen	ja	eingeschränkt	nein	
... -> mit Gehhilfen	Gehstock	Rollator	Rollstuhl	braucht keine Hilfsmittel
... Treppensteigen	ja		nein	
... Aufstehen von Bett / Stuhl	ja		nein	
... sich im Bett drehen	ja	gelegentlich	nein	
Besteht eine körperliche Behinderung?	ja, welche		nein	
Besteht Schwerhörigkeit?	ja		nein	
Besteht eine Sehbeeinträchtigung?	ja		nein	
Mögliche Verhaltensveränderung/Auffälligkeiten zu Hause in den letzten 4 Wochen bzgl. Alltagsverrichtungen <input type="checkbox"/> nein				
z.B. Haushaltsführung, Termingestaltung, Medikamenteneinnahme, gestörter Tag-Nachtrhythmus...)? Falls Ja, welche				
... bzgl. Körperhygiene	nein	ja		
Ist Ihr Angehöriger örtlich orientiert	ja	meistens	nein	
... zeitlich orientiert	ja	meistens	nein	
Geistige Fähigkeiten sind vorhanden?	ja	meistens	eher nein	
Mögliche Auffälligkeiten in fremder Umgebung (z.B. während KH-, Reha-Aufenthalt ...)				
dort örtlich orientiert	ja	meistens	nein	
dort zeitlich orientiert	ja	meistens	nein	
... nächtliches Aufstehen	ja	gelegentlich	nein	
Verhalten in fremder Umgebung (KH / Reha)	Freundlich	unruhig	Irrt umher	
Reaktion auf Nichtverstandenes?	Fragt nach	Fragt eher nicht	abwartend	
Besteht eine Weglauftendenz?	nein	ja, bevorzugte Orte:		
Gibt es sprachliche Verständigungsprobleme?	nein	ja, welche		
Wie ist die überwiegende Gemütsstimmung ?	Freundlich	zugewandt	ruhig	depressiv
Wird Hilfe benötigt ... ?				
beim Anziehen	ja	gelegentlich	nein	
beim Waschen, Körperpflege	ja	gelegentlich	nein	
beim Aufsuchen der Toilette	ja	gelegentlich	nein	
bei der Benutzung von Inkontinenzmaterial	ja	gelegentlich	nein	O Katheter / O Stoma
beim Essen, Trinken	ja	gelegentlich	nein	O Magensonde /O Port
Bestehen Schluckbeschwerden?	nein	ja		
Muß eine Diät/ Kostform eingehalten werden?	nein	ja, welche		
Nahrungsmittelunverträglichkeiten wie Laktoseintoleranz, glutenfreie Kost? <input type="checkbox"/> ja, welche				
Sonstige Informationen/Ergänzungen:				