

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: siehe obige Adresse

Krankenhaus

Reha

Ort _____ Ansprechp.: _____ Tel. _____

Sonstige Angaben wie Krankenhauswunsch: _____

Interner Vermerk Aktive Anfrage

Passive Anfrage

Im System erfasst /Datum: _____

Informationen bzgl. Gesundheitsfragen / St. Jodok-Stift, Landshut

Teil 2

Bitte ankreuzen bzw. ergänzen

Neuer Bewohner Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____ Ausgefüllt am: _____

Bestehen Vorerkrankungen wie z.B.				
O Schlaganfall , wann		-> falls verbliebene Lähmung, welche?		
O Herzinfarkt, wann		O Herz-Kreislaufschwäche		
O Luftnot		O ansteckende Keime/Krankheit, welche		
O Allergie/n		O M. Parkinson / O Multiple Sklerose		
Fragen zur Mobilität und möglicher Sturzgefahr				
Gab es in der Vergangenheit Stürze?		ja, zuletzt:		nein
Kann der Interessent Treppen steigen?		ja		nein
Kann der Interessent gehen?		ja		nein
Welche Unterstützung wird ggf. benötigt?		Gehstock	Rollator	Rollstuhl personelle Unterstützung
Kann der Interessent- Aufstehen von Bett/Stuhl		ja		nein
...selbst seine Liegeposition im Bett verändern?		ja	wenig	nein
Besteht eine körperliche Behinderung?		Ja, welche		nein
Besteht Schwerhörigkeit?		ja		nein
Besteht eine Sehbeeinträchtigung?		ja		nein
Gab es in den letzten 4 Wochen Verhaltensveränderungen z.B. bzgl. Hygiene, Alltagsablauf, Medikamenteneinnahme, Tag-Nachtrhythmus, Stimmungsschwankungen...? O nein				
Falls Ja, welche				
Ist Ihr Angehöriger zu Hause örtlich orientiert		ja	meistens	nein
... zu Hause zeitlich orientiert		ja	meistens	nein
Größe und Gewicht des Interessenten (ungefähr):				
Geistige Fähigkeiten sind vorhanden?		ja	meistens	eher nein
Ist Ihr Angehöriger in fremder Umgebung (im KH- oder 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
Besteht eine Weglauftendenz?		nein	ja, bevorzugte Orte:	
Gibt es sprachliche Verständigungsprobleme?		nein	ja, welche	
Wie ist das überwiegende Verhalten ?		antriebsarm	willensstark	kooperativ zurückhaltend
Wie reagiert Ihr Angeh. auf Nichtverstandenes?		Frägt nach	Frägt nicht	Wartet ab
Wie wird heute der Alltag gern verbracht?		eher in Gesellschaft	lieber zurückgezogen	sucht sich Kontakt selbst
Wie oft wird Hilfe benötigt ... ?				
beim Anziehen		immer	gelegentlich	keine
beim Waschen, Körperpflege		immer	gelegentlich	keine
beim Aufsuchen der Toilette		immer	gelegentlich	keine
bei der Benutzung von Inkontinenzmaterial		immer	gelegentlich	keine O Katheter / O Stoma
beim Essen, Trinken		immer	gelegentlich	keine O Magensonde /O Port
Bestehen Schluckbeschwerden?		nein	ja	
Muß eine Diät/ Kostform eingehalten werden?		nein	ja, welche	
Nahrungsmittelbesonderheiten z.B. Laktoseintoleranz, glutenfreie Kost? Welche:				
Sonstige Informationen/Ergänzungen:				