

Anfrageformular für das St. Jodok-Stift in Landshut Teil 1

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet.

Kurzzeitpflege Verhinderungspflege für den Zeitraum: _____

Wurde bereits Kurzzeit-/ Verhinderungspflege in Anspruch genommen? Nein Ja, wann: _____

Option im Anschluss vollstationäre Pflege Vollstationäre Pflege Möglicher Einzugstermin: _____

Warteliste (passive Anfrage) Wir speichern Ihre Anfrage für 12 Monate, bitte bestätigen Sie Ihr Interesse einmal jährlich vor Ablauf dieser Frist, da wir Sie sonst von der Warteliste nehmen.

Mit meiner Unterschrift stimme ich in der Nutzung und Verarbeitung meiner freiwillig erteilten Angaben im Hinblick auf eine weiterführende Bearbeitung der Heimplatzanfrage zu. Die Einwilligung kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Ort Datum, Unterschrift

Anfragedaten für:

Nachname	Vorname	Geburtsname
Straße, Hausnummer	PLZ, Ort	Geburtsdatum
Staatsangehörigkeit	Geburtsort	Konfession
Telefon	Mobil	Krankenkasse
Familienstand	Derzeitiger Aufenthalt (KH/ Ansprechp., Wohnung):	Pflegegrad (bitte Kopie vorlegen)
Liegen vor (Bitte entsprechende Kopie bereithalten):		Impfnachweise Covid-19 (Impfbuch vorlegen)
Zuzahlungsbefreiung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Patientenverfügung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Bestattungsvollmacht?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Vorsorgevollmacht?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Rechtliche Betreuung?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
Name, Adresse des Bevollmächtigten/ Betreuers (bitte entsprechende Kopie vorlegen)		

Vertrauensperson, Vor-und Zuname	Verwandtschaftsgrad	Anschrift	Tel./Mobil/ E-Mail
1.			
2.			
3.			

Hausarzt, Name	Adresse	Telefon
Ist sichergestellt, dass Hausarzt ins Heim kommt? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein Sonst bitte selbst nach einem Hausarzt suchen		
Zahnarzt, Name	Adresse	Telefon

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

Informationen bzgl. Gesundheitsfragen / St. Jodok-Stift, Landshut Teil 2

Neuer Bewohner Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____ Ausgefüllt am: _____

Welche Hauptdiagnosen bestehen?

Fragen zur Mobilität und möglicher Sturzgefahr

Gab es in der Vergangenheit Stürze?	ja, zuletzt:	nein
Kann der Interessent stehen, gehen?	ja	nein
Der Gebrauch von Mobilitätshilfen wie Rollator, Rollstuhl erfolgt...?	<input type="radio"/> Selbständig <input type="radio"/> teilweise mit Unterstützung	<input type="radio"/> unter Beaufsichtigung <input type="radio"/> volle Übernahme
Kann der Interessent Treppen steigen?	ja	nein
Wird Hilfe beim Drehen im Bett benötigt?	ja	wenig
Bestehen Schlafstörungen?	ja	gelegentlich
Besteht eine körperliche Behinderung?	Ja, welche	Nein

Größe und Gewicht des Interessenten (ungefähr):

Gab es in den letzten 4 Wochen Verhaltensveränderungen? nein Falls Ja, welcher Art:

Bestehen örtliche Orientierungsschwierigkeiten?	ja	oft	nein
Bestehen zeitliche Orientierungsschwierigkeiten?	ja	oft	nein
Bestehen persönl. Orientierungsschwierigkeiten?	ja	oft	nein
Wie ist das überwiegende Verhalten ?	antriebsarm	willensstark	kooperativ zurückhaltend
Reaktion auf Nichtverstandenes?	nachfragend	abwartend	
Wie wird heute der Alltag gern verbracht?	in Gesellschaft	zurückgezogen	sucht Kontakt selbst

Besteht eine Weglauftendenz? nein Falls Ja, bevorzugte Orte:

Gibt es Verständigungsprobleme? Hören, Sehen, Dialekt ...	nein	ja, welche
Falls Sprachstörung vorhanden -wie ist eine Verständigung möglich?		

Wird Hilfe benötigt ... ?

bei der Körperpflege, An-Auskleiden	immer	gelegentlich	keine
beim Aufsuchen der Toilette	immer	gelegentlich	keine
bei der Versorgung mit Inkontinenzmaterial <input type="radio"/> Einlagen <input type="radio"/> Katheter / Puffi <input type="radio"/> Stoma	immer	gelegentlich	keine
beim Essen, Trinken	immer	gelegentlich	keine
Bestehen Schluckbeschwerden?	nein	ja	

Muß eine Diät / Kostform eingehalten werden? Falls künstliche Ernährung nötig: <input type="radio"/> Magensonde (PEG) <input type="radio"/> Port	<input type="radio"/> Vollkost <input type="radio"/> Schonkost <input type="radio"/> ausschließlich <input type="radio"/> teilweise
--	--

Falls Nahrungsmittelallergien? **Welche:**

Sonstige Informationen/Ergänzungen/ z.B. Krankenhauswunsch

Name , Vorname _____

geb. am _____

1. Diagnosen

2. Medikamente (gern auch per Liste)

3. Marcumarpat.? Ja nein

4. Bekannte Allergien - welche? _____

5. Herzschrittmacher / sonstige Implantate? _____

6. Welche Kostform oder bestimmte Diät? _____

7. Wie hoch soll die tägliche
Mindest-Trinkmenge _____ , tägliche Max.-Trinkmenge _____ sein?

8. Sind Suchtkrankheiten bekannt –welche? _____

9. Sind ansteckende Krankheiten/ Infektionen bekannt (z. B. Hep; HIV, MRSA ...) oder ist der Pat.
„Ausscheider“?

10. Liegen psychische Störungen vor – welche?

Ort, Datum

Praxisstempel
Unterschrift des
Arztes/Ärztin

Freigabe durch:	bearbeitet von:	Änderungsstatus	Datum	Seite	1
HL	Heimverwaltung	4. Version	09.03.2023	von	1