


QM-Handbuch H	<b>SENIORENHEIM KLOSTERFELD</b>	Interner Teil
	<b>7.01.03_D1</b> <b>Antrag auf Heimaufnahme / Kurzzeitpflege</b>	Seniorenheim Klosterfeld Hauptstraße 2 21709 Himmelpforten Tel.: 04144 / 2170-0 Fax: 04144 / 2170-10

**Antrag auf Heimaufnahme**

**Antrag auf Aufnahme in die Kurzzeitpflege**

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_ 2. Konf.: \_\_\_\_\_

3. Geburtstag: \_\_\_\_\_ 4. Geburtsort: \_\_\_\_\_

5. Geburtsname: \_\_\_\_\_ 6. Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

7. Fam. Stand: \_\_\_\_\_ Eheschl.: \_\_\_\_\_ Verw. seit: \_\_\_\_\_ Gesch. seit: \_\_\_\_\_

8. Wohnort: \_\_\_\_\_

9. Derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

10. Name und Anschrift des Ehegatten: \_\_\_\_\_

11. Kinder und sonstige Angehörige:

<i>Name, Vorname</i>	<i>Verwandschaftliches Verhältnis</i>	<i>Anschrift - Telefon</i>

12. Betreuer / Bevollmächtigter: \_\_\_\_\_

13. Kranken- und Pflegeversichert bei: \_\_\_\_\_

14. Name und Anschrift des Hausarztes: \_\_\_\_\_

15. Ist bereits eine Einstufung durch die Pflegekasse erfolgt? \_\_\_\_\_

16. Wenn ja, in welcher Pflegestufe? \_\_\_\_\_

	erstellt	geändert/R.-Stand	geprüft	freigegeben	gültig ab
Datum:	07.10.2005	[0]		13.02.2006	13.02.2006
Unterschrift/Name	Anke Viets			Bettina Pralow	

17. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)

<i>Art des Einkommens</i>	<i>Zahlende Stelle</i>	<i>Betrag in Euro</i>

18. Die Heimkosten werden aufgebracht durch ( zutreffendes bitte ankreuzen x)

- das oben angeführte monatliche Einkommen
- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben); Bestand heute: \_\_\_\_\_ €
- Zahlung \*) von \_\_\_\_\_
- das zuständige Sozialamt \*) in \_\_\_\_\_

\*) Die Kostenverpflichtungserklärung:

- liegt bei       folgt in den nächsten Tagen       muss noch beantragt werden
- ist beantragt am: \_\_\_\_\_

19. Gewünschte Unterbringung:       Einzelzimmer       Doppelzimmer

20. Termin - für wann wird die Aufnahme gewünscht: \_\_\_\_\_

21. Frühere Unterbringung in einem Heim, einer Anstalt oder einer ähnlichen Einrichtung?  nein

Wenn ja:

Wo? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

Aus welchem Grunde dort ausgeschieden?

\_\_\_\_\_

22. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden /in welcher Eigenschaft?

Name und genaue Anschrift:

\_\_\_\_\_

23. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen:

\_\_\_\_\_


24. Angabe einer Bankverbindung (für evtl. Rückzahlungen)

\_\_\_\_\_

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers /des Aufzunehmenden: \_\_\_\_\_

<b>QM-Handbuch H</b>	<b>SENIORENHEIM KLOSTERFELD</b>	<b>Interner Teil</b>
	<b>7.01.03_D4 Ärztlicher Fragebogen</b>	Seniorenheim Klosterfeld Hauptstraße 2 21709 Himmelpforten Tel.: 04144 / 2170-0 Fax: 04144 / 2170-10

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Heimaufnahme / Kurzzeitpflege. Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Zutreffendes ankreuzen x, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Vor- und Zuname \_\_\_\_\_
2. Geburtstag \_\_\_\_\_
3. Ist Patient gehfähig?  ja  nein
4. Ist Patient bettlägerig?  ja  nein
5. Beherrschung des Stuhlabgangs?  ja  nein
6. Beherrschung des Urinabgangs?  ja  nein
7. Fremder Hilfe bedürftig?
- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> beim Essen                     | <input type="checkbox"/> beim Waschen                  |  |
| <input type="checkbox"/> beim Ankleiden                 | <input type="checkbox"/> beim Frisieren/<br>Rasieren   |  |
| <input type="checkbox"/> beim Aufstehen<br>aus dem Bett | <input type="checkbox"/> beim Benutzen der<br>Toilette |  |
| <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe      |  |  |
8. Örtlich orientiert?  ja  nein  nicht immer
9. Zeitlich orientiert?  ja  nein  nicht immer
10. Nachts ruhig?  ja  nein  nicht immer
11. Gemütsstimmung?  willig  freundlich  verdrießlich
12. Gefährliche Eigenschaften?  nein  ja, welche:
13. Suchtkrankheit?  nein  ja, welche:
14. Körperliche Behinderung(en)- Art: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
15. Geistig- seelische Behinderung oder Störung: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
16. Diagnosen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
17. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)?  ja  nein
18. Hinweise und Bemerkungen des Arztes: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort, Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes:

	erstellt	geändert/R.-Stand	geprüft	freigegeben	gültig ab
Datum:	04.10.2005	20.04.2006 [1]		05.05.2006	05.05.2006
Unterschrift/Name	Anke Viets	Lydia Peters		Bettina Pralow	Bettina Pralow