


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	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: \_\_\_\_\_

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

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Heimaufnahme / Kurzzeitpflege. Bitte alle Fragen vollständig beantworten.

**Vor- und Zuname:** \_\_\_\_\_ **Geburtsdatum:** \_\_\_\_\_

**Ist der Patient gehfähig?**  ja  nur mit Hilfe  nein  
**Ist der Patient bettlägerig?**  ja  nein  
**Beherrschung des Stuhlabgangs?**  ja  nein  
**Beherrschung des Urinabgangs?**  ja  nein  
**Hat der Patient ein Harnableitungssystem?**  nein  ja; wenn ja Indikation: \_\_\_\_\_

**Hat der Patient eine Gastrostomie o.ä.?**  nein  ja; wenn ja Indikation: \_\_\_\_\_

**Welche Kostform?** \_\_\_\_\_

**Ist die Orientierung beeinträchtigt?**  nein  ja  
**Ist der Tag / Nachtrhythmus gestört?**  nein  ja  
**Gefährdet der Patient sich selbst oder andere?**  nein  ja; wenn ja welcher Art? \_\_\_\_\_

**Wurden Freiheitsentziehende Maßnahmen durchgeführt?**  nein  ja; wenn ja welche? \_\_\_\_\_

**Liegt eine Suchtkrankheit vor?**  nein  ja; wenn ja welche? \_\_\_\_\_

**Aktuelle Diagnosen:** \_\_\_\_\_

**Relevante Vorerkrankungen:** \_\_\_\_\_

**Ärztliches Zeugnis gemäß Infektionsschutzgesetz § 36:**  es sind keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden. Unterschrift des Arztes: \_\_\_\_\_

**Hinweise und Bemerkungen des Arztes:** \_\_\_\_\_

Datum:

Stempel und Unterschrift des Arztes:

*Mit der Anrede „der Patient“ oder der Funktionsbezeichnung „der Arzt“ ist ausdrücklich auch die weibliche Form gemeint.*

*Diese Handhabung soll niemanden benachteiligen, fördert aber einen verständlichen Textaufbau*

	erstellt	geändert/R.-Stand	geprüft	freigegeben	gültig ab
Datum:	04.10.2005	23.08.2007 [2]		28.08.2007	28.08.2007
Unterschrift/Name	Anke Viets	Anke Viets		Bettina Pralow	Bettina Pralow