


QM-Handbuch H	SENIORENHEIM WALDBURG	Interner Teil
	7.01.03_D1 Antrag auf Heimaufnahme / Kurzzeitpflege	Seniorenheim Waldburg Stader Straße 82-84 21614 Buxtehude Tel.: 04161 / 704-0 Fax: 04161 / 704-110

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]		27.01.2006	27.01.2006
Unterschrift/Name	Anke Viets			Renate Borchers	Renate Borchers

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)

- das oben angeführte monatliche Einkommen
- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben); Bestand heute: _____ Euro
- 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.

Ort, Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers /des Aufzunehmenden: _____

QM-Handbuch H	SENIORENHEIM WALDBURG	Interner Teil
	7.01.03_D4 Ärztlicher Fragebogen	Seniorenheim Waldburg Stader Straße 82-84 21614 Buxtehude Tel.: 04161 / 704-0 Fax: 04161 / 704-110

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/ Rasieren	
<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> beim Benutzen der 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		Renate Borchers	Renate Borchers