

Aufnahmeantrag Seniorenpflege

Bitte sorgfältig ausfüllen!

Für

Vorname/Zuname/ggf. Mädchenname

Geburtsdatum/Geburtsort

Staatsangehörigkeit/**Religion*

Familienstand, seit

Früherer Beruf

Wohnort/Straße

Telefon

Ehegatte/Ehegattin

Name/Geburtsdatum

ggf. Sterbetag/Sterbeort

Nächste Angehörige

1. Name/Zuname/Verwandtschaftsverhältnis/Anschrift/Telefon

.....

**Vollmacht vorhanden* *ja* *nein*

2. Name/Zuname/Verwandtschaftsverhältnis/Anschrift/Telefon

.....

**Vollmacht vorhanden* *ja* *nein*

(Bitte Kopie der Vollmacht beilegen)

Betreuer

Name/Anschrift/Telefon/Aufgabengebiete

.....

(Bitte Kopie des Betreuerausweises beilegen)

**Hausarzt*

(Name/Anschrift/Telefon)

.....

RICHARD DRAUTZ STIFTUNG

Krankenkasse

Versichertennummer

Pflegestufe

Antrag auf Pflegestufe gestellt am

*Zuzahlungsbefreiung für Medikamente ja nein

*Schwerbehindertenausweis vorhanden ja nein

Rundfunkgebührenbefreiung vorhanden ja nein

*** Finanzierung**

eigene Mittel Beihilfen Pflegekasse Sozialhilfeträger

Rentenausweisnummer

Monatliches Einkommen

Elektrische Geräte

Ich verpflichte mich jedes elektrische Gerät bei Einzug oder auch später beim Sozialdienst anzumelden. Ich stimme einer regelmäßigen Prüfung meiner eigenen elektrischen Geräte zu. Die Benutzung von Tauchsiedern, Heizdecken und Heizkissen ist nicht erlaubt.

Vorsorgl. Anmeldung ja nein, sondern dringend am

Derzeitiger Aufenthalt (andere Einrichtung, Reha, Krankenhaus, ...)

**Die gekennzeichneten Angaben sind für Interessenten freiwillig. Bei Aufnahme sind diese Angaben notwendig.*

Hiermit willige ich zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten durch die Richard Drautz Stiftung ein. Meine Einwilligung kann ich jederzeit widerrufen. Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Versagung oder der Widerruf der Einwilligung zur Folge haben kann, dass die pflegerischen Leistungen nicht erbracht werden können.

Mir ist bekannt, dass ich das Recht habe, bei den beteiligten Stellen oder Personen Auskunft über gespeicherte Daten zu meiner Person, zu verlangen und dass ich gegebenenfalls deren Berichtigung, Löschung oder Sperrung verlangen kann und ein Widerspruchsrecht habe.

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit der oben genannten Auskünfte.

Datum Unterschrift Antragsteller

Ärztlicher Fragebogen

vom Arzt auszufüllen

Vorname/Zuname/Geburtsdatum

Körperlicher Zustand

- | | | | |
|-------------------------|-------------------------------|---|---------------------------------------|
| Gefähigkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Treppensteigen möglich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Bettlägerigkeit | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Blaseninkontinenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Mastdarminkontinenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Anus Praeter | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| geistige Behinderung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art |
| körperliche Behinderung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art |
| Allergien | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | Art |
| starke Sehschwäche | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| starke Hörschwäche | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Herzschrittmacher | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Schmerzen | <input type="checkbox"/> akut | <input type="checkbox"/> chronisch seit | |

Hilfsbedürftigkeiten

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Essen und Trinken | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Aufstehen/Zubettgehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Waschen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Baden | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Mund- und Zahnpflege | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Nagelpflege | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Frisieren/Rasieren | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Gehen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |

Geistig-seelischer Zustand

- | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Örtliche Orientierung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Zeitliche Orientierung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Orientierung zur eigenen Person | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Erkennung von Personen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| motorische Unruhe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Depressionen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Halluzinationen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Neigung zum Weglaufen | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Nächtliche Unruhe | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Suizidgefahr | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Demenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Alkoholsucht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |
| Medikamentensucht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | |

Gemütsstimmung

- | | | | |
|--------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| freundlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| willig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| verdrießlich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| aggressiv | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |

Hilfsmittel

- Gehhilfe ja nein Art
- Sehhilfe ja nein Art
- Prothesen ja nein Art
- Rollstuhl ja nein gelegentlich
- Hörgerät ja nein

Ernährung

- Vollkost ja nein
- Zuckerdiät ja nein
- leichte Kost ja nein
- Sondennahrung ja nein Art

Sonstiges

Medikamente

Diagnosen

MRSA ja nein

Ansteckungsgefahr (nach § 48a des Bundesseuchengesetzes) ja nein Art

Hinweise, Bemerkungen (bestehende Therapien)

Sonstiges

Ort/Datum Unterschrift/Stempel (Arzt)

RICHARD DRAUTZ STIFTUNG