

	Qualitätsmanagement Handbuch	Geltungsbereich: Haus Walschleben
	B. Kernleistung Pflege	
	B.1. Aufnahme neuer Bewohner	
	B.1.3 Anmeldung Heimplatz Haus Walschleben	

vollstationäre Pflege

Kurzzeit-/Verhinderungspflege

Zeitraum:

bereits in Anspruch genommene Tage

im aktuellen Jahr:

Name: **Vorname:**

geb. am..... Ort:Geb.-Name:

Anschrift:Fam.-Stand:

..... Konfession:

zurzeit: zu Hause

vollstationäre Pflegeeinrichtung

Krankenhaus/Reha, voraus. Entlassungsdatum:

Hausarzt: **Betreuer:**

Anschrift: Anschrift:

Telefon: Telefon:

Angehörige: Verwandtschaftsgrad:

Adresse: Vorsorgevollmacht: ja nein

Telefonnummer:

Angehörige: Verwandtschaftsgrad:

Adresse: Vorsorgevollmacht: ja nein

Telefonnummer:

Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Eilbegutachtung Höherstufung beantragt, am.....

Kranken-/Pflegekasse:

Versicherungsnummer

Wird Unterstützung durch das Sozialamt bezogen/beantragt? ja nein

Inkontinenzverordnung (wenn ja, alten Anbieter kündigen!) ja nein

Zuzahlungsbefreiung für das laufende Jahr? ja nein

Dateiname:	Q:\B. Kernleistung Pflege\B.1 Aufnahme neuer Bewohner\B.1.3 Anmeldung Heimplatz.docx		Seite 1 von 2
Erstellt:	D. Stelter	am: 28.02.2017	Version: 03
Bearbeitet:	S. Bugdol-Kliem	am: 13.04.2018	
Freigegeben:	M..Güldner	am: 13.04.2018	Revision: b. B.

	Qualitätsmanagement Handbuch	Geltungsbereich: Haus Walschleben
	B. Kernleistung Pflege	
	B.1. Aufnahme neuer Bewohner	
	B.1.3 Anmeldung Heimplatz Haus Walschleben	

Größe: Gewicht:

Hilfe wichtig beim:

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus d. Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Es besteht:

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
zeitl. Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtl. Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pers. Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situative Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhezustand nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

weglaufgefährdet

ja nein

vorhandene Hilfsmittel:

Rollator Rollstuhl Gehbock
 Hörgerät Brille

bekannte Diagnosen:

.....

Allergien:

.....

Datum:

Unterschrift:

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Speicherung der erhobenen Daten bis auf Widerruf ein.

Dateiname:	Q:\B. Kernleistung Pflege\B.1 Aufnahme neuer Bewohner\B.1.3 Anmeldung Heimplatz.docx	Seite 2 von 2
Erstellt:	D. Stelter	am: 28.02.2017
Bearbeitet:	S. Bugdol-Kliem	am: 13.04.2018
Freigegeben:	M..Güldner	am: 13.04.2018
		Version: 03
		Revision: b. B.