



Qualitätsmanagementhandbuch

B.1.2. Anmeldung Pflegeplatz

Pflegewohnpark Haus Walschleben GmbH & Co.KG

Am Kleinen Teich 1 99189 Walschleben

Telefon: 036201 576-0 Telefax: 036201 576-444

Email: info@pflegewohnpark-walschleben.de www: <https://www.pflegewohnpark-walschleben.de>

vollstationäre Pflege

Kurzzeit-/Verhinderungspflege

Zeitraum:.....

bereits in Anspruch genommene Tage:.....

Name:..... **Vorname:**.....

Geb.:.....Ort:.....Geb.-Name:.....

Anschrift:.....Fam.-Stand:.....

.....Konfession:.....

zurzeit: zu Hause

vollstationäre Pflegeeinrichtung; Einzugsdatum:.....

Krankenhaus/Reha, voraus. Entlassungsdatum:.....

Hausarzt:..... **Betreuer:**.....

Anschrift:..... Anschrift:.....

Telefon:..... Telefon:.....

Angehörige:..... Verwandtschaftsgrad:.....

Adresse:.....

Vorsorgevollmacht: Ja Nein Prioritätsstufe:.....

Tel.: / E-Mail:.....

Angehörige:..... Verwandtschaftsgrad:.....

Adresse:.....

Vorsorgevollmacht: Ja Nein Prioritätsstufe:.....

Tel.: / E-Mail:.....

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

Dateipfad: q:\B. Pflegeorganisation\B.1. Aufnahme Bewohner\B.1.2.WL. Anmeldung Pflegeplatz.pdf			Seite 1 von 2
Erstellt am/ von: 28.02.2017/ D. Harsdorf	Bearbeitet am/ von: 11.03.2024/ D. Harsdorf	Freigabe am/ von: 12.03.2024/ M. / D. Güldner	Revision: 10

Größe:.....**Gewicht:**.....**Gewichtstendenz im letzten halben Jahr:**.....

Selbstständigkeit (bitte zutreffendes ankreuzen)	selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	unselbstständig	Fähigkeit ist (bitte zutreffendes ankreuzen)	Vorhanden unbeeinträchtigt	Größtenteils vorhanden	Im geringen Maße vorhanden	Nicht vorhanden
Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Örtliche Orientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mund und Zahnpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zeitliche Orientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erinnern an wesentliche Ereignisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benutzen einer Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstehen von Sachverhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einsatz von Inkontinenzmaterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Positionswechsel im Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mitteilen von Bedürfnissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umsetzen in Stuhl oder Rollstuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
Häufigkeiten psychischer Bedarfslagen (bitte zutreffendes ankreuzen)					Vorhandene Hilfsmittel (bitte zutreffendes ankreuzen)				
	Nie oder sehr selten	Selten ein- dreimal innerhalb von zwei Wochen	Häufig zwei- mehrmals wöchentlich	täglich	Rollator <input type="radio"/>				
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rollstuhl <input type="radio"/>			Hörgeräte <input type="radio"/>	
Nächtliche Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gehhilfe <input type="radio"/>				
Abwehr von pflegerischen Maßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Brille <input type="radio"/>				
Wahnvorstellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zahnersatz <input type="radio"/>				
Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vollprothese <input type="radio"/>			Teilprothese <input type="radio"/>	
Weglaufgefahr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Weiteres:				

Bekannte Diagnosen:

.....

.....

.....

.....

Allergien/ Unverträglichkeiten:

.....

Datum:.....

Unterschrift:.....

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