



## Anmeldung zur vollstationären Pflege

Christliches Altenheim „Friedenshort“ e.V. – Friedenshort 80 – 42369 Wuppertal  
Telefon: 0202 – 24658 – 0 • Fax: 0202 – 24658 – 25

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Stationäre Pflege  Einzelzimmer  Doppelzimmer

**Pflegekasse:** \_\_\_\_\_

KV Nummer: \_\_\_\_\_

Einstufung erfolgt:  ja  
 Nein

- Pflegegrad 2
- Pflegegrad 3
- Pflegegrad 4
- Pflegegrad 5

### Hausarzt / Facharzt

Name: \_\_\_\_\_

**Ist die Anmeldung:**  **O vorsorglich**  **O dringend**

### wichtige Informationen:



**Anmeldung zur vollstationären Pflege (Seite 2)**

**1 . Angehörige:**

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

**2 . Angehörige:**

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

**3. Angehörige:**

Name/ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße/Ort: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_

**Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie keine schriftliche Bestätigung. Bitte halten Sie in Ihrem eigenen Interesse Kontakt mit unserer Verwaltung**

## Vorsorge – Vollmacht

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

### Ich bevollmächtige widerruflich:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Im Falle einer körperlichen und / oder geistigen Erkrankung, die mich außerstande setzt, eigene Entscheidungen zu treffen, meine Interessen wahrzunehmen und mich zu vertreten.

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Die Vollmacht erstreckt sich auf folgende Bereiche:

- |    |   |                          |
|----|---|--------------------------|
| 1. | Bestimmung des Wohnortes und des Aufenthaltes,                              | <input type="checkbox"/> |
| 2. | Regelung aller Wohnungsangelegenheiten                                      | <input type="checkbox"/> |
| 3. | Entscheidung im Bereich der Gesundheitsfürsorge                             | <input type="checkbox"/> |
| 4. | Entscheidung bei notwendigen Schutzmaßnahmen                                | <input type="checkbox"/> |
| 5. | Vertretung gegenüber Behörden, Rententrägern, Krankenkasse, Sozialamt, etc. | <input type="checkbox"/> |
| 6. | Finanzielle Angelegenheiten   | <input type="checkbox"/> |

Ich habe den Wortlaut und den Inhalt der Vollmacht verstanden.

Ich erteile diese Vollmacht in völliger Freiheit und Absprache mit dem/den von mir Bevollmächtigten.

Ort: \_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Vollmachtgebers

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Zeugen

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Bevollmächtigten

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Bevollmächtigten



# Ärztlicher Fragebogen

Dieser Fragebogen ist vom Hausarzt oder bei Krankenhausaufenthalt vom behandelnden Arzt auszufüllen und dient ausschließlich für den Zweck der Heimaufnahme

Familien- und Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

**Ärztliche Diagnosen, Vorerkrankungen, bzw. Operationen:**

.....  
.....

**Derzeit eingenommene Medikamente:**

Bezeichnung	früh	mittags	abends	nachts

siehe beiliegende Medikamentenliste

**Verständigung:**

- schwerhörig       taub       Hörgerät (R. u/od. L)       nicht beeinträchtigt
- Aphasie       Visuseinschränkung       Brillenträger       nicht beeinträchtigt

**Kostform-Diät:**

- Normalkost                       feste Nahrung                       Breikost
- Schonkost                       Diät: \_\_\_\_\_                       Sondennahrung

**Angaben zum Allgemeinzustand:**

- Orientierung:**
- zeitlich                      örtlich                      zur Person
  - ja                       ja                       ja

**Orientierung:**

- |                                   |                                   |                                   |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="radio"/> nein        | <input type="radio"/> nein        | <input type="radio"/> nein        |
| <input type="radio"/> nicht immer | <input type="radio"/> nicht immer | <input type="radio"/> nicht immer |

- |                            |                              |
|----------------------------|------------------------------|
| Weglauftendenz             | Nächtliche Desorientiertheit |
| <input type="radio"/> ja   | <input type="radio"/> ja     |
| <input type="radio"/> nein | <input type="radio"/> nein   |

Besteht eine freiheitsbeschränkende Maßnahme im Sinne des Heimaufenthaltsgesetzes (HeimAufG):  ja  nein

.....  
 .....

Liegt eine ernstliche und erhebliche Eigen-/Fremdgefährdung vor?  ja  nein  
 Gefährdungspotenzial beschreiben (Prognose zu gegenwärtigem Zustandsbild und Entwicklung)

.....  
 .....

Sonstiges			
	Antikoagulation	<input type="radio"/>	
	Diabetes mellitus	<input type="radio"/>	Hepatitis <input type="radio"/>
	Insulinpflichtig	<input type="radio"/>	Andere bekannte infektiöse Erkrankungen: Welche?
	Harninkontinenz	<input type="radio"/>	Allergien: Welche?
	Dauerkatheter	<input type="radio"/>	Implantat <input type="radio"/>
	Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/>	
	Stoma	<input type="radio"/>	
	Suchtkrankheiten		Mobilität
	Alkohol	<input type="radio"/>	gehend <input type="radio"/>
	Medikamente	<input type="radio"/>	gehend mit Hilfsmittel <input type="radio"/>
	Nikotin	<input type="radio"/>	bettlägerig <input type="radio"/>

**Gründe der Heimunterbringung  
 aus ärztlicher Sicht:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**Unterschriftsleistung** des Antragstellers/der Antragstellerin ist **nicht möglich**, weil:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
 Stempel und Unterschrift des Arztes