

# ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME



Hermann-Söllner-Str. 15  
96337 Ludwigsstadt

## Einzug zum

Kurzzeit  Verhind.Pflege  Vollstationär

Tel.: 09263/9906-31  
Fax.: 09263/9906-33  
E-Mail: info@ahludwigsstadt.brk.de

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

### **Adresse:**

Straße, HausNr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

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

### **derzeitiger Aufenthalt:**

(z.B. bei Krankenhausaufenthalt / Pflegeheim)

Unterkunft: \_\_\_\_\_

Straße, HausNr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

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

### **Zur Person: Diese Angaben sind wichtig!!**

Geb.- Name: \_\_\_\_\_

Geb.- Ort: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_ (Urkunde etc. vorlegen)

Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsangeh.: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ KV-Nr. \_\_\_\_\_ Karte gültig bis: \_\_\_\_\_

Rezeptbefreiung: \_\_\_\_\_ gültig bis \_\_\_\_\_

Schwerbehind.: \_\_\_\_\_ wenn, ja: Grad: \_\_\_\_\_ (bitte Ausweis vorlegen)

Merkzeichen: B: \_\_\_ G: \_\_\_ aG: \_\_\_ RF: \_\_\_ H: \_\_\_ BL: \_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_ (bitte Bescheid vorlegen)

Geimpft JA  Nein  letzte Impfung am: \_\_\_\_\_

PCR-Test neg. JA  Nein  aktuelles Ergebnis vom: \_\_\_\_\_

### **Kostenübernahme:**

Selbstzahler:  \_\_\_\_\_

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

Sozialamt:  \_\_\_\_\_

Beihilfe  \_\_\_\_\_ % bei \_\_\_\_\_

**Zimmerwunsch:** Einzelzimmer:  Doppelzimmer:

**Bildrechte:**  mit Bildveröffentlichungen bin ich einverstanden

-bitte wenden-

# KONTAKTADRESSEN

**Angehörige:**      **Rechnungsempfänger**      **JA**                       **Nein**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ wie verwandt: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

**Angehörige:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ wie verwandt: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

**Angehörige:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ wie verwandt: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

**Betreuer:**

(nach Betreuungsrecht)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ wie verwandt: \_\_\_\_\_

Straße, HausNr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Wirkungskreis: \_\_\_\_\_

**Hausarzt:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Straße, HausNr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**In eigener Sache: Wie sind Sie auf unser Haus aufmerksam geworden?**

- Zeitung                       Prospekt                       persönliche Empfehlung                       Internet  
 Info-Kanal                       Sonstiges: \_\_\_\_\_

# ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN



Hermann-Söllner-Str. 15  
96337 Ludwigsstadt

Tel.: 09263/9906-31  
Fax.: 09263/9906-33  
E-Mail: info@ahludwigsstadt.brk.de

Name, Vorname \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum \_\_\_\_\_

## Benötigt der Patient/Patientin Hilfe

beim	nein	manchmal	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 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen _____	<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"/>
Benützen der Toilette _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ist der Patient/die Patientin

zeitlich orientiert _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orientiert _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Treten nachts Unruhezustände auf?

\_\_\_\_\_

## Ist der Patient/die Patientin bettlägerig?

\_\_\_\_\_

## Liegt Inkontinenz vor?

\_\_\_\_\_

bitte wenden

**Wie ist die Gemütsstimmung?**

---

---

---

**Besteht eine Suchtkrankheit?**

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Besteht eine körperliche Behinderung?**

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Liegen psychische Störungen vor?**

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Bestehen ansteckende Krankheiten?**

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

Die durchgeführte Untersuchung mit Röntgenaufnahme des Thorax ergab keinen Anhalt für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der Atmungsorgane.

Datum der letzten Röntgenaufnahme der Lunge: \_\_\_\_\_

**Diagnose**

---

---

---

**Welche Medikamente müssen verabreicht werden?**

---

---

---

---

**Ist Diät/Schonkost erforderlich?**

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

**Sonstiges**

---

---

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

\_\_\_\_\_  
Stempel u. Unterschrift d. Arztes