

# Anmeldung zur Aufnahme



Seite 1

per Fax an: **08231/607-450**  
oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse

AWO Seniorenheim  
Königsbrunn  
Chiemseestraße 6  
86343 Königsbrunn

Vorname . . . . .

Nachname . . . . .

Geburtsdatum . . . . .

## Persönliche Daten

Nachname . . . . .

Vorname . . . . .

Geburtsname . . . . .

Geboren am . . . . .

Geboren in . . . . .

Familienstand . . . . .

Konfession . . . . .

Staatsangehörigkeit . . . . .

## Wohnung

(Bitte den Hauptwohnsitz angeben, an dem Sie auch polizeilich gemeldet sind.)

Straße/ Nr. . . . . .

PLZ/ Ort . . . . .

Telefon . . . . .

Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim?

. . . . .  
. . . . .  
. . . . .  
. . . . .

## Bankverbindung

Bank . . . . .

BIC . . . . .

IBAN . . . . .

## Gewünschte Unterbringung

Zutreffendes bitte ankreuzen

vollstationär  Kurzzeitpflege

Einzelzimmer  Doppelzimmer

## Termin

Zu welchem Zeitpunkt wird die Aufnahme gewünscht?

so bald wie möglich

noch unklar / bei Bedarf

Wunsch . . . . . (MM/JJ)

## Die Heimkosten werden aufgebracht durch

Zutreffendes bitte ankreuzen.

eigene Mittel

Sozialhilfe

Sozialhilfeantrag wird / wurde gestellt

# Anmeldung zur Aufnahme

Name ..... Seite 2

## Angehöriger 1

Wie verwandt? .....  
Name .....  
.....  
Straße/Nr. ....  
PLZ/Ort .....  
Telefon privat .....  
Telefon geschäftlich .....  
Mobil, Telefax .....  
E-Mail .....

## Angehöriger 2

Wie verwandt? .....  
Name .....  
.....  
Straße/Nr. ....  
PLZ/Ort .....  
Telefon privat .....  
Telefon geschäftlich .....  
Mobil, Telefax .....  
E-Mail .....

## Betreuer / Bevollmächtigter

private Vollmacht  
 gerichtlich bestellter Betreuer  
Name .....  
.....  
Straße/Nr. ....  
PLZ/Ort .....  
Telefon privat .....  
Telefon geschäftlich .....  
Mobil, Telefax .....  
E-Mail .....

## Hausarzt

Name .....  
Straße/Nr. ....  
PLZ/Ort .....  
Telefon geschäftlich .....  
Mobil, Telefax .....

## Krankenkasse

Name .....  
Pflegegrad .....  
Versichertennummer .....

## Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle  
Fragen vollständig beantwortet sind.

.....  
Ort, Datum  
.....  
Unterschrift des Antragstellers

Bitte geben Sie verbindlich mit der Anmeldung den ärztl. Fragebogen,  
Betreuungsvollmacht und Bescheid der Pflegekassen über den aktuellen  
Pflegegrad ab.

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme



Bezirksverband  
Schwaben e.V.

per Fax an: **08231/607-450**

oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse

AWO Seniorenheim  
Königsbrunn  
Chiemseestraße 6  
86343 Königsbrunn

Vorname .....

Nachname .....

Geburtsdatum .....

## Allgemeines

Größe ....., Gewicht .....

	ja	nein
Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urininkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützungsbedarf		
– bei Essen und Trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– bei der Körperpflege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– beim Ankleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– im Bereich Mobilität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– beim Benutzen der Toilette / Umgang mit Ausscheidungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient zur Person orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltensauffällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? .....		
Weglauff Tendenzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche? .....		

## Wunden

Welche?  ja  nein

.....

.....

.....

## Ansteckende Krankheiten ja nein (auch Tbc nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)

Welche? .....

	Nicht bekannt	ja	nein
MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRGN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clostridien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere .....			

## Spezielle Versorgung

<input type="checkbox"/> Beatmungspflichtig	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe
<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Port
<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/> .....

Werden spezielle Hilfsmittel benötigt? Welche?  
.....  
.....

## Diagnosen

**Gerne dürfen Sie uns einen PC-Ausdruck der gesamten Diagnosen und des aktuellen Medikamentenplanes zukommen lassen.**

.....  
.....

## Allergien / Unverträglichkeiten

ja  nein

Welche? .....

## Hinweise und Bemerkungen des Arztes

.....

Stempel, Unterschrift des Arztes  
Ort, Datum .....

Entgelte für das Seniorenzentrum  
Königsbrunn gültig  
ab 01.06.2019 bis 30.09.2019



Bezirksverband  
Schwaben e.V.

	Vollstationäre Pflege (Einzelzimmer)					
	Pflegegrad 0	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegebedingter Aufwand	22,79 €	45,36 €	65,23 €	81,40 €	98,27 €	105,83 €
Unterkunft	11,39 €	11,39 €	11,39 €	11,39 €	11,39 €	11,39 €
Verpflegung	12,26 €	12,26 €	12,26 €	12,26 €	12,26 €	12,26 €
Investitionsbetrag	12,89 €	12,89 €	12,89 €	12,89 €	12,89 €	12,89 €
Ausbildungszuschlag	2,06 €	2,06 €	2,06 €	2,06 €	2,06 €	2,06 €
Gesamt pro Tag	61,39 €	83,96 €	103,83 €	120,00 €	136,87 €	144,43 €
<b>Gesamt pro Monat (30,42 Tage)</b>	<b>1.867,48 €</b>	<b>2.554,06 €</b>	<b>3.158,51 €</b>	<b>3.650,40 €</b>	<b>4.163,59 €</b>	<b>4.393,56 €</b>
Anteil der Pflegekasse			770,00 €	1.262,00 €	1.775,00 €	2.005,00 €
<b>Eigenanteil /ggf. Sozialhilfe</b>	<b>1.867,48 €</b>	<b>2.554,06 €</b>	<b>2.388,51 €</b>	<b>2.388,40 €</b>	<b>2.388,59 €</b>	<b>2.388,56 €</b>

	Vollstationäre Pflege (Einzelzimmer groß)					
	Pflegegrad 0	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegebedingter Aufwand	22,79 €	45,36 €	65,23 €	81,40 €	98,27 €	105,83 €
Unterkunft	11,39 €	11,39 €	11,39 €	11,39 €	11,39 €	11,39 €
Verpflegung	12,26 €	12,26 €	12,26 €	12,26 €	12,26 €	12,26 €
Investitionsbetrag	18,62 €	18,62 €	18,62 €	18,62 €	18,62 €	18,62 €
Ausbildungszuschlag	2,06 €	2,06 €	2,06 €	2,06 €	2,06 €	2,06 €
Gesamt pro Tag	67,12 €	89,69 €	109,56 €	125,73 €	142,60 €	150,16 €
<b>Gesamt pro Monat (30,42 Tage)</b>	<b>2.041,79 €</b>	<b>2.728,37 €</b>	<b>3.332,82 €</b>	<b>3.824,71 €</b>	<b>4.337,89 €</b>	<b>4.567,87 €</b>
Anteil der Pflegekasse			770,00 €	1.262,00 €	1.775,00 €	2.005,00 €
<b>Eigenanteil /ggf. Sozialhilfe</b>	<b>2.041,79 €</b>	<b>2.728,37 €</b>	<b>2.562,82 €</b>	<b>2.562,71 €</b>	<b>2.562,89 €</b>	<b>2.562,87 €</b>

	Vollstationäre Pflege (Doppelzimmer)					
	Pflegegrad 0	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Pflegebedingter Aufwand	22,79 €	45,36 €	65,23 €	81,40 €	98,27 €	105,83 €
Unterkunft	11,39 €	11,39 €	11,39 €	11,39 €	11,39 €	11,39 €
Verpflegung	12,26 €	12,26 €	12,26 €	12,26 €	12,26 €	12,26 €
Investitionsbetrag	10,63 €	10,63 €	10,63 €	10,63 €	10,63 €	10,63 €
Ausbildungszuschlag	2,06 €	2,06 €	2,06 €	2,06 €	2,06 €	2,06 €
Gesamt pro Tag	59,13 €	81,70 €	101,57 €	117,74 €	134,61 €	142,17 €
<b>Gesamt pro Monat (30,42 Tage)</b>	<b>1.798,73 €</b>	<b>2.485,31 €</b>	<b>3.089,76 €</b>	<b>3.581,65 €</b>	<b>4.094,84 €</b>	<b>4.324,81 €</b>
Anteil der Pflegekasse			770,00 €	1.262,00 €	1.775,00 €	2.005,00 €
<b>Eigenanteil /ggf. Sozialhilfe</b>	<b>1.798,73 €</b>	<b>2.485,31 €</b>	<b>2.319,76 €</b>	<b>2.319,65 €</b>	<b>2.319,84 €</b>	<b>2.319,81 €</b>

KZP / VHP	EZ	DZ	
Pflegeaufwand	85,87 €	85,87 €	wird bis zu 19 Tagen von der Pflegekasse übernommen
Ausbildungszuschlag	2,06 €	2,06 €	wird bis zu 19 Tagen von der Pflegekasse übernommen
Verpflegung	12,26 €	12,26 €	muss vom Bewohner selbst bezahlt werden
Unterkunft	11,39 €	11,39 €	muss vom Bewohner selbst bezahlt werden
Invest. Einzelzimmer	12,89 €	10,63 €	muss vom Bewohner selbst bezahlt werden
<b>Gesamtentgelt Einzelzimmer</b>	<b>124,47 €</b>	<b>122,21 €</b>	

Jeder Mensch hat seine individuelle Lebensgeschichte, die ihn geprägt hat und die auch sein jetziges Verhalten, seine Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen bestimmt.

Pflege und Betreuung sollen so individuell wie möglich auf Sie und Ihre Wünsche, Bedürfnisse, Ressourcen und Probleme abgestimmt sein. Dazu benötigen wir umfassende Informationen.

Wir bitten Sie daher, nachfolgenden Bogen so ausführlich wie möglich auszufüllen. Besonders bei kommunikationsbeeinträchtigten Personen ist die Erfassung der pflegerelevanten Daten wichtig. Hier sind Bezugspersonen, Angehörige, Freunde und Bekannte als Biographieexperten gefragt. Wir bitten Sie daher um Ihre Mithilfe!

Name: \_\_\_\_\_ Geb. am: \_\_\_\_\_

Familienstand:  verheiratet  verwitwet  geschieden  
 alleinstehend  Kinder, wenn ja, wie viele? \_\_\_\_\_

### 1. Kommunikation/ soziale Kontakte

- ◆ lebt zurückgezogen  kontaktfreudig/ aufgeschlossen
- ◆ Kontakte zu Angehörigen/ Nachbarn/ Freunden/ Vereinen/ Kirche?  
\_\_\_\_\_
- ◆ Einschränkungen beim  Hören (Hörgerät)  Sehen (Brille)  Sprechen  
 Rechtshänder  Linkshänder  
\_\_\_\_\_
- ◆ Worüber unterhalten Sie sich gerne (Familie, Politik, Prominente, .....)?  
\_\_\_\_\_
- ◆ Schlüsselwörter/ Rufnamen/ Spitznamen/ Reaktionen darauf?  
\_\_\_\_\_
- ◆ worüber wird gern / ungern gesprochen?  
\_\_\_\_\_
- ◆ Besuchen Sie gerne den Gottesdienst  ja  nein  
gehört Beten als fester Bestandteil zu Ihrem Alltag?  ja  nein
- ◆ Können Körperberührungen zugelassen werden  gern  ungern  
\_\_\_\_\_
- ◆ was riechen Sie gerne?  
\_\_\_\_\_

- ◆ Worüber lachen Sie am meisten?  
\_\_\_\_\_

- ◆ Was macht Ihnen Angst, was bereitet Ihnen Sorge?  
\_\_\_\_\_

## 2. Bewegung/ Mobilität

- ◆ Fortbewegung ohne Unterstützung
- ◆ bisher benutzte Hilfsmittel (z.B. Haltegriffe, Rollator, Sitzerhöhungen usw.)  
\_\_\_\_\_

Bewegungseinschränkungen  Schmerzen?  
\_\_\_\_\_

- ◆ Unsicherheit in bestimmten Situationen (z.B. beim Laufen, Treppensteigen, Aufstehen, Richtungswechsel)?  
\_\_\_\_\_

- ◆ Umgebungsgestaltung (Haltegriffe, Licht- Bewegungsmelder, etc)?  
\_\_\_\_\_

- ◆ Sind Sie bereits einmal oder mehrfach gestürzt, mögliche Ursache?  
\_\_\_\_\_

- ◆ Regelmäßige Bewegung/ Krankengymnastik/ Gymnastik/ Sport/ Spaziergänge?  
\_\_\_\_\_

## 3. Vitalfunktionen

- ◆ Probleme mit Blutdruck:  zu hoch  zu niedrig  
 Schwindelgefühl,  Wärme- Kälteempfinden,  Blutzucker, ...  
\_\_\_\_\_

## 4. Körperpflege

- ◆ wäscht sich am liebsten morgens/ abends/vor oder nach dem Frühstück/ vor dem Zubettgehen?  
\_\_\_\_\_

- ◆ Waschen am Waschbecken/ Duschen/ Baden (wie oft pro Woche)?  
\_\_\_\_\_

- ◆ Wassertemperatur/ Waschzusätze / Körperpflegemittel (Lotion, Creme, Parfüm, Deo usw.)?  
\_\_\_\_\_

- ◆ Nass- oder Trockenrasur (Häufigkeit/ früh oder abends)?  
\_\_\_\_\_
- ◆ Zahnpflege (Zahnprothese, eigene Zähne, Zahnpflege wie oft, wann, womit, Zahnprothese nachts eingesetzt, Schmerzen, Probleme mit Mundschleimhaut, Druckstellen, Lippenpflege)?  
\_\_\_\_\_
- ◆ Frisur (Haare waschen wie oft? Am Waschbecken oder beim Baden/Duschen, Kämmen? Welche Frisur (hochgesteckt, offen), Friseurbesuch wie oft)?  
\_\_\_\_\_
- ◆ Nagelpflege (feilen, schneiden, wie oft, Länge, Lack)?  
\_\_\_\_\_
- ◆ Worauf legen Sie Wert?     Lippenstift     Nagellack  
 \_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_     \_\_\_\_\_

## 5. Essen und Trinken

### *Trinkverhalten*

- ◆ wie viel trinken Sie gewöhnlich pro Tag ? \_\_\_\_\_
- ◆ Lieblingsgetränke (warme/ kalte Getränke bevorzugt, welche Getränke), Abneigungen?  
\_\_\_\_\_
- ◆ trinken Sie bevorzugt aus Becher/ Glas/ Flasche/ Tasse/ mit Strohhalm?  
\_\_\_\_\_

### *Essverhalten*

- ◆ Lieblings Speisen, Lieblingsgerichte, Vorlieben, Abneigungen, Diäten?  
\_\_\_\_\_
- ◆ Unverträglichkeiten, Allergien auf bestimmte Speisen, Lebensmittel?  
\_\_\_\_\_
- ◆ Portionsgrößen     groß     klein  
\_\_\_\_\_
- ◆ Essenszeiten, Anzahl der Mahlzeiten, Tischkultur (Serviette, Tischdecke, Tischdekoration)?  
\_\_\_\_\_
- ◆ Essen Sie am liebsten in der Gemeinschaft/ alleine/ beim Fernsehen oder Lesen?  
\_\_\_\_\_

- ◆ Körpergewicht (immer schon schlank, über-/ untergewichtig/ normal, Gewichtsschwankungen)?  
\_\_\_\_\_
- ◆ Essstörungen (Schluckstörungen, Kauprobleme?)  
\_\_\_\_\_
- ◆ Naschen Sie gerne, wenn ja was?  
\_\_\_\_\_
- ◆ Benötigen Sie Hilfsmittel für Essen bzw. Trinken (spez. Geschirr, Besteck, Strohhalm..)?  
\_\_\_\_\_

## 5. Ausscheiden

### *Stuhlgang*

- ◆ Entleerungsgewohnheiten (vor oder nach bestimmten Mahlzeiten, bestimmte Tageszeiten; "Zeitungen")?  
\_\_\_\_\_
- ◆ neigen Sie zu  Verstopfung  Durchfall,  Schmerzen bei Stuhlgang
- ◆ Häufigkeit der Entleerung \_\_\_\_\_ X täglich
- ◆ wird  Stuhldrang noch bemerkt oder besteht  Stuhlinkontinenz

### *Urin/ Wasserlassen*

- ◆ Harnausscheidungsgewohnheiten (z.B. gleich nach dem Aufstehen, vor allem nach Kaffeegenuss, immer vor den Mahlzeiten, immer vor dem Verlassen der Wohnung oder vor Teilnahme an Veranstaltungen)?  
\_\_\_\_\_
- ◆ häufiger Harndrang/ nächtlicher Harndrang  
\_\_\_\_\_

## 6. Sich kleiden

- ◆ Lieblingskleidung/ Alltagskleidung/ Sonntagskleidung?  
\_\_\_\_\_
- ◆ Wäschewechsel wann, wie oft?  
\_\_\_\_\_
- ◆ Abneigung/ Vorlieben gegen oder für bestimmte Materialien?  
\_\_\_\_\_



- ◆ Was tragen Sie gerne, was haben Sie zu Hause getragen? (Lieblingskleidung – Rock, Hose, Farbe, Schuhe – offen, geschlossen, Haus-, Straßenschuhe); Schmuck?

\_\_\_\_\_

- ◆ Wärmeempfinden – schwitzen oder frieren Sie schnell?

\_\_\_\_\_

## 7. Ruhen und Schlafen

- ◆ Schlafgewohnheiten tagsüber  
Mittagsschlaf (Zeiten, Dauer, im Bett/ auf Sofa/ im Sessel)?

\_\_\_\_\_

- ◆ Schlafgewohnheiten nachts  
Aufwachen/ Aufstehen/ Weckrituale?

\_\_\_\_\_

- ◆ durchschnittliches Schlafbedürfnis (Dauer): \_\_\_\_\_

- ◆ Nachtruhe ab \_\_\_\_\_ Uhr Aufstehen ca.: \_\_\_\_\_ Uhr

- ◆ Durchschlafen oder mehrfaches Aufwachen/ Aufstehen?

\_\_\_\_\_

- ◆ Einschlafrituale (Fernseher, Gebet, Musik, Licht, Schlummertrunk...)?

\_\_\_\_\_

- ◆ Schlafmedikamente? Wenn ja, welche:

\_\_\_\_\_

- ◆ Lage: Rücken-, Bauch- oder Seitenlage bevorzugt (welche Seite), Oberkörper erhöht, zusätzliche Kissen etc.?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- ◆ Raumgestaltung (Temperatur, Fenster offen/ geschlossen, hell, dunkel)?

\_\_\_\_\_

- ◆ Kleidung zur Nacht (Schlafanzug, Nachthemd, Unterwäsche, Bettsocken, nackt etc. )?

\_\_\_\_\_

- ◆ Wie können Sie am besten entspannen (Musik, Atemgymnastik etc.)?

\_\_\_\_\_

## 8. Tagesgestaltung

- ◆ Was tun Sie gerne?
  - Haushalt (Kochen, backen, aufräumen, Bügeln, Wäsche)
  - Malen / Basteln     Handarbeiten (nähen, stricken, sticken, häkeln)
  - Computer     Tanzen \_\_\_\_\_
  - Musizieren (singen, Instrument spielen) \_\_\_\_\_
  - Arbeiten/ Gartenarbeiten/ handwerkliche Tätigkeiten: \_\_\_\_\_
  - Vereine, Hobbys \_\_\_\_\_
  - Gesellschaftsspiele \_\_\_\_\_
  
- ◆ Freizeitgestaltung (Radio hören, Fernsehen, Lesen z.B. Bücher, Tageszeitung, Zeitschriften, Geschichten hören, Kino, Kreuzworträtsel, Reisen, Filme, Spaziergänge, Musik, Theater, Essen gehen etc.)?  
\_\_\_\_\_
  
- ◆ Bitte beschreiben Sie auf den nachfolgenden Zeilen so ausführlich wie möglich Ihren Alltag und auch Ihre Gestaltung von Sonn- und Feiertagen:  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## 9. Lebensbiographie

- ◆ Wie erlebten Sie Ihre:  
Eltern / Erziehung, Kindheit, Jugendzeit, Schulzeit?  
\_\_\_\_\_  
  
Geschwister, Reihenfolge  
\_\_\_\_\_  
  
Erlerner / ausgeübter Beruf: \_\_\_\_\_  
  
Familie (eigene Familie, Kinder): \_\_\_\_\_  
  
Besondere Beziehung zu Ehepartner, Kindern, Angehörigen, Freunde?  
\_\_\_\_\_

Welche Erlebnisse in Ihrem Leben haben sie geprägt (positiv / negativ)?

---

- ◆ Welche Erwartungen stellen Sie an die Pflege und die Betreuung?  

---
- ◆ Gibt es Informationen (z.B. besondere, Wünsche, Patientenverfügung etc.), die für unsere Arbeit hilfreich sind? Gerne steht Ihnen zu Fragen in diesem Punkt unsere Verwaltung zu Verfügung.  

---
- ◆ Haben Sie liebgewonnene Gegenstände oder Sammelstücke, an denen Sie besonders hängen (Teddy, Puppe, Tassen, Bilder... )?  

---
- ◆ ... dann bringen Sie diese doch mit. Damit fällt Ihnen die Eingewöhnung in unserem Haus bestimmt noch leichter. Auch möchten wir Sie bitten, ein kleines Fotoalbum mitzubringen, in dem die wichtigsten Stationen Ihres Lebens im Bild festgehalten wurden.

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift

\_\_\_\_\_  
Unterschrift MitarbeiterIn

Die oben genannten Informationen stammen von:

BewohnerIn  Angehörigen  Freunden,  Bekannten  Betreuer

Wir bedanken uns herzlich für Ihre Mühe.

Das AWO-Team



## Informationen für neue Bewohner



Seniorenheim der Arbeiterwohlfahrt  
Chiemseestr.6 – 86343 Königsbrunn  
Tel. 08231 / 607 – 0

Fax: 08231 / 607 – 450

Email: [seniorenheim.koenigsbrunn@awo-schwaben.de](mailto:seniorenheim.koenigsbrunn@awo-schwaben.de)

Sehr geehrter Bewohner, sehr geehrte Angehörige,

wir möchten Ihnen mit unserem Informationsblatt eine Orientierungshilfe für den Umzug ins Altenheim geben, die selbstverständlich niemals völlig auf Ihre persönlichen Bedürfnisse abgestimmt sein kann. Es werden sicher noch Fragen offen bleiben, wenden sie sich deshalb doch bitte an die Verwaltung.

### Biografiebogen

Wir wollen die Pflege, Versorgung und Betreuung bestmöglich an den Bedürfnissen der Heimbewohner anpassen. Hierfür ist es notwendig bereit bei Einzug über möglichst viele Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen bescheid zu wissen. Auch wenn Sie vielleicht nur vollständige Angaben machen können, helfen uns noch so kleine Informationen aus der Lebensgeschichte weiter.

### Ärztlicher Fragebogen

Vor Einzug benötigen wir einen vom behandelnden Arzt (Hausarzt oder Krankenhaus) ausgefüllten Fragebogen. Dieser kann uns auch gerne per Fax von der zuständigen Praxis übermittelt werden.

### Heimaufnahme

Die Aufnahme neuer Bewohner erfolgt regelmäßig von Montag bis Donnerstag. Ein Einzug am Freitag und am Wochenende ist nur nach Absprache möglich.

### Zimmereinrichtung

Oft bewährt es sich vor dem Einzug, mit dem Pflegepersonal das zukünftige Zimmer zu besichtigen und zu besprechen, was sinnvoll und notwendig ist. Vertraute und liebgewonnene Möbel helfen, sich schneller in der neuen Umgebung zurechtzufinden und

es als das neue Zuhause zu empfinden. Scheuen Sie sich nicht, Ihr Lieblingsstück mitzubringen, auch wenn der Zahn der Zeit schon an ihm genagt hat.

Wenn möglich, achten Sie darauf, dass bei der Auflösung der bisherigen Wohnung nicht gleich alles entsorgt wird, damit Sie später z.B. noch etwas austauschen können, das sich vielleicht besser bewährt. Unser Haus stellt Ihnen ein Pflegebett und einen Nachttisch zur Verfügung,

Von Teppichböden raten wir Ihnen aus hygienischen Gründen ab, ebenso von Teppichen oder Badläufern, die zusätzlich eine große Sturzgefahr beinhalten.

Für Fernseher, Radio und Telefon sind Anschlüsse in den Zimmern vorhanden. Sehr hilfreich ist oft eine Liste mit wichtigen, persönlichen Telefonnummern.

Als sinnvoll und nützlich erweisen sich daneben meist folgende Dinge: evtl. Ruhesessel.

Bringen Sie gerne Ihre eigene Bettwäsche, Handtücher und Waschlappen, ebenso Ihre eigene Wolldecke und die vertrauten Sofakissen mit.

Das Oberbett muss waschbar und trocknergeeignet sein. Kalender, Uhr, Bücher, Fotoalben; evtl. vertrautes Bild für die Zimmertür außen; Zeitschriften, Tageszeitung, Fernsehzeitung; Pflanzen, wenn Bewohner oder Angehörige sie versorgen können.

Bei dementen Menschen evtl. „Gruschtschublade“ mit z.B. Meterstab, alte gewohnte Schlüssel, gewohnter Geldbeutel oder andere vertraute Gebrauchsgegenstände (auch wenn sie z.T. nicht mehr in ihrer eigentlichen Funktion gebraucht werden, achten Sie bitte darauf, dass von den Gegenständen keine Verletzungsgefahr ausgeht).

Selbstverständlich vergeben wir gerne einen Zimmerschlüssel an Sie. Diesbezüglich wenden Sie sich bitte an die Verwaltung.

## Pflegemittel

Wählen Sie beim Einkauf möglichst die bisher vertrauten Marken.

- Kamm, Bürste, evtl. Handspiegel, Nagelpflegeset, Zahnbürste und Zahnpasta
- bei Prothesenträgern Prothesenbecher, evtl. Reinigungstabletten, Haftcreme
- Shampoo, Seife oder Waschlotion, Deo, Parfüm, Mundwasser, Hautcreme
- Elektrorasierapparat oder guter Nassrasierer (z.B. Gillette, keine Einwegartikel) mit Schaum oder Gel

Der Friseur ist regelmäßig wöchentlich Dienstag und ggf. Mittwoch ab 09.00 Uhr im Haus.

Bitte melden Sie sich direkt bei der Friseurin im Erdgeschoss an.

## Kleidung

In Ihrer vertrauten Kleidung werden Sie sich am wohlsten fühlen. Wählen Sie vor allem bequeme Stücke aus, die sofern nötig, genügend Platz für Inkontinenzeinlagen bieten, und gut waschbar sind (z.B. pflegeleicht und trockenfest, Wolle und Seide sind ungünstig).

Bedenken Sie bitte, dass es etwa 1-2 Wochen dauert bis die Wäsche aus der Wäscherei wieder zu Ihnen kommt. Ausreichend Wäsche wäre daher wünschenswert. Die nachfolgende Liste soll Ihnen Anhaltspunkte geben:

- 20 Unterhosen (bei mit Einlagen versorgten inkontinenten Bewohnern nicht nötig)
- 20 Unterhemden,
- 10 Paar Socken (lockeres Bündchen!)
- nach persönlicher Vorliebe 10 Strumpfhosen (bei Feinstrumpfhosen in der Wäscherei erhöhter Verschleiß, können nicht eingepatcht werden!)

- 10 Nachthemden, bei Pflegebedürftigkeit ggf. hinten aufgeschnitten und eingesäumt oder auch weite T-Shirts (beraten Sie sich am besten mit dem Pflegepersonal).
- 10 Handtücher und Waschlappen

Je nach Ihren persönlichen Bedürfnissen empfehlen sich 1-2 Paar sichere, rutschfeste Hausschuhe oder Sandalen, ggf. Verbandsschuhe (bitte keine Schlappen → Sturzgefahr), möglichst waschbar oder abwaschbar. Für Spaziergänge und den Aufenthalt im Garten brauchen Sie eine Jacke oder einen Mantel sowie festes, sicheres Schuhwerk, für den Winter zusätzlich Handschuhe, warme Schuhe und eine Kopfbedeckung.

Oft vergessen werden eine Kulturtasche und eine kleine Reisetasche für eventuelle Krankenhausaufenthalte.

Verschmutzte Leib- oder Bettwäsche nimmt das Pflegepersonal bei der täglichen Körperpflege mit und bringt sie in die Wäscherei.

Bitte achten Sie deshalb besonders beim Einzug darauf, dass alle Kleidungsstücke mit Ihrem Namen versehen sind bevor sie in den Kleiderschrank gelegt werden, damit keine ungekennzeichnete Wäsche in die Wäscherei gelangt. Neue Kleidungsstücke geben Sie bitte zuerst in der Verwaltung ab, um Ihren Namen einpatchen zu lassen. Lassen Sie bitte alle Kleidungsstücke, die nicht bei 60° waschbar sind (z.B. Wollsiegel oder chemische Reinigung), durch Ihre Angehörigen oder Betreuer selbst reinigen.

### Medizinische Versorgung

Erfragen Sie bitte, ob Ihr Hausarzt zu Besuchen in unser Haus kommen kann. Sollte das nicht möglich sein, klären Sie bitte ob evtl. übergangsweise ausnahmsweise ein, zwei Besuche möglich sind, damit Sie sich neben all



dem Neuen, das mit dem Umzug auf Sie zukommt, nicht noch zusätzlich auf einen neuen Arzt einstellen müssen. Besprechen Sie bitte für die Zukunft dann mit dem Pflegepersonal, ob unser Haus einen anderen Hausarzt ansprechen soll oder ob Sie selbst dafür sorgen.

Für Bewohner, die ihren Zahnarzt nicht mehr aufsuchen können, kommt regelmäßig ein Zahnarzt ins Haus.

Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie können ebenfalls im Haus durchgeführt werden.

Fußpflege ist in der Regel alle 8-10 Wochen nötig. Es kommen regelmäßig Fußpfleger und eine Podologin ins Haus, jederzeit kann aber auch Ihr bisheriger Fußpfleger die Versorgung weiter übernehmen.

Bitte bringen Sie Ihre aktuellen Medikamente, Salben und ggf. Verbandsmaterial mit, ebenso, sofern vorhanden, medizinische Hilfsmittel wie z.B. Gehwagen oder Rollstuhl.

Um Ihre Rezepte schnell einlösen zu können und die Lieferung Ihrer Medikamente zuverlässig zu gewährleisten, arbeiten wir eng mit unserer Kooperationsapotheke, Tattenbach, zusammen.

Grundsätzlich können Sie natürlich eine Apotheke frei wählen, sollten Sie sich jedoch für eine andere Apotheke entscheiden, müssen Sie oder Ihre Angehörigen in eigener Verantwortung die Einlösung Ihrer Rezepte organisieren.

Wenn Sie sich für unsere Kooperationsapotheke entscheiden, läuft die Abrechnung einmal monatlich per Rechnung, welche über unsere Briefkastenanlage verteilt wird. Die Zahlung kann per Lastschrifteneinzug oder Überweisung an die Apotheke erfolgen.

## „Verwaltungskram“

Denken Sie bitte daran sich beim Einwohnermeldeamt umzumelden und Ihre neue Adresse anzugeben bei:

- Geldinstitut
- Telefongesellschaft (Anschluss abmelden)
- Zeitung
- Post (ggf. Nachsendeantrag stellen)
- Private Versicherungen
- Krankenkasse

Bitte bringen Sie Ihre Versichertenkarte, den Nachweis für Befreiung von Zuzahlungen und evtl. den Betreuerausweis mit.

Geld benötigen Sie lediglich für das Cafe, den Besuch beim Friseur oder für kleine Einkäufe in der Umgebung. Einen Safe zur Aufbewahrung größerer Beträge können wir Ihnen leider nicht zur Verfügung stellen.

Übrigens: wussten Sie schon, dass seit 2013 Bewohner in Seniorenheimen von der Rundfunkgebühr befreit sind?

Die Interessen unserer Bewohner werden durch das Heimparlament vertreten, seine Zusammensetzung können Sie an den Informationstafeln im Eingangsbereich entnehmen.

Unsere Einrichtung ist in wenigen Gehminuten vom Buszentrum Königsbrunn (500 m) erreichbar.

## Essen und Trinken

Die Essenzeiten in unserem Haus sind

Frühstück ab 7.30 Uhr

Mittag ab 11.45 Uhr

Kaffee ab 14:30 Uhr

Abend ab 17.30 Uhr

Auf Wunsch erhalten Sie jede Woche einen Speiseplan in Ihr Zimmer in dem Sie zwischen 2 Menüs auswählen

können, der zusätzlich auch auf den einzelnen Stockwerken aushängt. Sie können Ihr Essen entweder im Aufenthaltsbereich ihres Stockwerkes oder auf Ihrem Zimmer einnehmen, mittags können Sie auch im Foyer des Erdgeschosses essen.

Pro Mahlzeit stellt unser Haus Getränke (Tee, Kaffee, Milch, Kaba). Im Aufenthaltsraum jedes Stockwerkes finden Sie Getränke (Wasser) zur freien Verfügung.

Zusätzlich können Sie sich von unserem Getränkeservice einmal pro Woche Getränke nach Bestellung ins Zimmer liefern lassen, die monatliche Abrechnung erfolgt über die Verwaltung.

Ihren Geburtstag oder andere Familienfeiern können Sie gerne im Mehrzweckraum des Erdgeschosses feiern, wenn Sie das Fest vorher in der Verwaltung anmelden.

In unmittelbarer Nähe des Heimes (Ludwigspark) befindet sich ein Lebensmittelgeschäft

### Beschäftigungs- und Freizeitangebote

Im Erdgeschoss befindet sich ein Bücherwagen. Mit diesem Wagen geht eine ehrenamtliche Mitarbeiterin durch die Wohnbereiche und teilt auf Wunsch Bücher aus .

Das Beschäftigungsangebot reicht von Singen über Gymnastik bis hin zur Tiertherapie.

Unser aktuelles Programm und die Termine entnehmen Sie bitte dem Wochenplan auf den Wohnbereichen.

Diese erscheint kostenlos einmal im Quartal.

Mehrmals im Jahr organisieren wir Ausflüge z.B. in den Augsburger Zoo oder zum Weihnachtsmarkt. Daneben feiern wir innerhalb unseres Hauses jahreszeitbezogene Feste wie Fasching, Oktoberfest usw. ...

Es finden regelmäßig Gottesdienste und Andachten statt, die Termine entnehmen Sie bitte der Heimzeitung.

Eine Bemerkung zum Thema Geschenke

Anlässlich von Geburtstagen und Weihnachten fällt uns immer wieder auf, dass die Angehörigen unserer Bewohner sich unsicher sind, was sie sinnvoller Weise schenken könnten. Wünschen Sie sich doch beispielsweise Obst, Kekse, Pflegemittel, ein Zeitungsabonnement, Magazine. Statt einem Blumenstrauß bietet sich evtl. ein Blumenstock an, der wesentlich länger hält. Oder vielleicht Blumen mit Bezug zur jeweiligen Jahreszeit wie im Frühling Zwiebelblumen im Topf?

Viel Freude machen aber auch kleine Dinge wie Schneeglöckchen oder eine Rose aus dem Garten oder ein paar bunte Blätter und Kastanien, die das Alltagsleben „von draußen“ mit ins Altenheim bringen. Lassen Sie Ihre Phantasie spielen...

### Cafeteria

Seit der Eröffnung unserer Einrichtung im Jahr 2004 erfreut sich die Cafeteria großer Beliebtheit und hat an 5 Tagen in der Woche für Sie geöffnet.

Hier lässt dich beim gemeinsamen Plausch, bei Kaffeespezialitäten, Kuchen, Eis oder einem Gläschen Sekt gut leben. Vom Frühjahr bis Herbst lockt die Sonnenterrasse ins Grüne.

Wir bieten regelmäßig jahreszeitlich- oder anlassbezogene Spezialitäten für Sie an. Des Weiteren finden auch mehrmals im Jahr Veranstaltungen mit speziellen Angeboten für Sie statt.

Unsere Öffnungszeiten sind: Dienstag, Donnerstag und Freitag bis Samstag von 14.30 Uhr bis 17.00 Uhr.

**Besuchen Sie uns doch mal wieder und genießen einen Nachmittag in unserer Cafeteria!**