

# 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

Beihilfe nach beamtenrechtlichen Bestimmungen

# Anmeldung zur Aufnahme

Name ..... Seite 2

## Angehöriger 1

Wie verwandt? .....

Name .....

.....

Straße/Nr. ....

PLZ/Ort .....

Telefon privat .....

Telefon geschäftlich .....

Mobil, Telefax .....

E-Mail .....

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 .....

### Bitte unbedingt folgende Unterlagen beilegen:

- Ärztlicher Fragebogen
- Liste aller Diagnosen
- Vorsorgevollmacht / Betreuerausweis
- Patientenverfügung
- Bescheid Pflegekasse
- Rentenbescheid
- Bescheid Sozialhilfe bzw. Kopie bei  
gestelltem Antrag eine Kopie der  
Eingangsbestätigung

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

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

**Es können nur vollständige Anmeldungen inklusive der oben genannten  
Unterlagen entgegengenommen werden.**

**Die Anmeldung ist unverbindlich und keine Garantie auf Heimaufnahme.**

# 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 .....

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