

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

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

- ◆ Lieblingsspeisen, 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