

A N M E L D U N G zum Einzug in das Ev. Seniorenzentrum Theresienau

Name, Vorname:

Geburtsname:

Geburtstag:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Familienstand:

Konfession:

Anschrift, Tel.Nr., Email-Adresse:

z.Zt. in welchem Krankenhaus oder Heim:

Einstufung in einen Pflegegrad: 1 2 3 4 5 keine Einstufung vorhanden

Pflegekasse/Krankenkasse:

Versicherten-Nr.:

Finanzierung des Heimaufenthalts

Aus Eigenmitteln: ja nein (Nachweis beifügen)

Mit Leistungen der Sozialhilfe

Wenn ja:

Haben Sie Leistungen der Sozialhilfe bereits beantragt? ja nein

Haben Sie die Prüfung der Heimbedürftigkeit beantragt? ja nein

Haben Sie Pflegegeld bereits beantragt? ja nein

Kontakte:

Angehöriger **Betreuer** **Bevollmächtigter** **Angehöriger** **Betreuer** **Bevollmächtigter**

Name, Vorname:

Name, Vorname:

Anschrift:

Anschrift:

Tel. privat:

Tel. privat:

Tel. dienstl.:

Tel. dienstl.:

Tel. mobil:

Tel. mobil:

Email:

Email:

Verwandtschaftsverhältnis:

Verwandtschaftsverhältnis:

Hausarzt:

Name:

Facharzt:

Name:

Anschrift:

Anschrift:

Wünsche zum Einzug:

Datum, Unterschrift

Zustimmung zur Datenverarbeitung:

Die Angabe der Daten auf dem Anmeldeformular ist erforderlich, damit wir Ihnen einen Heimplatz anbieten und diesen einrichten können. Die Daten werden elektronisch verarbeitet. Mit der Verarbeitung der Daten im Rahmen der elektronischen Datenverarbeitung erklären Sie sich einverstanden. Ihre Daten werden ausschließlich im Zusammenhang mit dem Aufenthalt in Theresienau verwendet. Sie erhalten keine Werbung von uns. Sollte es nicht zu einem Einzug kommen, werden die Daten spätestens nach drei Jahren gelöscht. Sie können darüber hinaus jederzeit Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung widerrufen, müssen dann allerdings mit Einschränkungen bei der Leistungsgewährung rechnen.

Weitere Infos erhalten Sie unter: datenschutz@theresienau.de

Datum, Unterschrift

Ärztlicher Beurteilungsbogen zum Einzug in das Ev. Seniorenzentrum Theresienau

Vor-, Zuname des Pat.: _____ Geb.-Datum: _____

- ➔ Es liegt keine ansteckungsfähige Tuberkulose oder eine andere ansteckende Krankheit i.S.d. **IFSG** vor.
- ➔ Es liegen keine Hinweise auf Hin-/Weglauff Tendenzen vor.
- ➔ Es liegen keine Hinweise auf selbst- oder fremdgefährdendes Verhalten vor.

Falls ja, bitte ausführen:

Mitbehandelnde Ärzte: _____

Diagnosen: _____

Risiken/Gefährdungen

- Exsikkosegefahr
- Ärztlich angeordnete **Trinkmenge** pro Tag: _____ ml
- ➔ Info an Arzt bei Unterschreitung: sofort nach _____ Tagen nächste Visite
- Kachexiegefahr
- Ärztlich angeordnete **Kcal-Menge** pro Tag: _____ kcal
- ➔ Info an Arzt bei Unterschreitung: sofort nach _____ Tagen nächste Visite

- Pneumoniegefahr Aspirationsgefahr Thrombosegefahr
- Dekubitusgefahr wo: _____
- Kontrakturgefahr wo: _____
- Sturzgefahr _____
- Inkontinenz: Harn _____ Stuhl _____ Obstipationsgefahr
- Abhängigkeiten: _____
- Multiresistente Keime: _____
- Behinderungen: _____
- Schmerzen wo: _____
- Sonstiges Risiko / sonstige Gefährdung: _____

Medikationen/Anordnungen: Bitte aktuellen Medikationsplan beifügen

Wundversorgung: _____

Dauerkatheter: transurethral suprapubisch

Kaliber: _____ Ch Blockflüssigkeit in ml: _____ ml

Wechselrhythmus: _____ Wochen Wechsel durch: Arzt Pflegefachkraft

Urindrainagesystem: _____ Wechsel nach _____ Tagen

Krankengymnastik _____ Ergotherapie _____

Sonstiges zur Beachtung: _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Arzt

Zustimmung zur Datenverarbeitung:

Die Angabe der Daten ist erforderlich, damit wir die Versorgung aufnehmen können. Die Daten werden elektronisch verarbeitet. Mit der Verarbeitung der Daten im Rahmen der elektronischen Datenverarbeitung erklären Sie sich einverstanden. Sollte es nicht zu einem Einzug kommen, werden die gelöscht. Sie können darüber hinaus jederzeit Ihre Einwilligung zur Datenverarbeitung widerrufen, allerdings können wir die Versorgung dann nicht gewährleisten. Weitere Infos erhalten Sie unter: datenschutz@theresienau.de

Ort, Datum, Unterschrift Kunde/-in / Bevollmächtigte/-r / Betreuer/-in

CHECKLISTE EINZUG

Hinweis:

Sollten unsere Pflegekosten Ihre finanziellen Möglichkeiten übersteigen, müssen Sie **v o r** Heimaufnahme beim zuständigen Sozialamt einen Antrag auf **Prüfung der Heimbedürftigkeit** und Übernahme der nicht gedeckten Heimkosten stellen.

Für den Einzug benötigen Sie:

- Den Anmeldebogen
- Personalausweis
- Vollmacht bzw. Betreuungsurkunde
- Den/Die letzten Rentenbescheid(e), Belege sämtlicher monatlicher Einkommen
- Kopie des/der Sparbuches/er
- Versichertenkarte/Gesundheitskarte
- Befreiungsnachweis zur Zuzahlung von Arzneimittelkosten
- Kopie des Schwerbehindertenausweise
- Den ärztlichen Fragebogen, aus dem auch hervorgeht, dass Sie frei von ansteckenden Krankheiten sind sowie eine TBC-Erkrankung ausgeschlossen ist
- Pflegegradbescheid der Pflegekasse
- Bankverbindung
- Bei Verheirateten: Name, Vorname Ehemann/Ehefrau sowie Datum der Eheschließung
- Bitte neue Telefonnummer mitteilen