

## Anmeldebogen

**Eintrittsdatum:** \_\_\_\_\_ **Wohnbereich:** \_\_\_\_\_ **Zimmernr.:** \_\_\_\_\_

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege | <input type="checkbox"/> <b>dringende Aufnahme</b> |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege        | <input type="checkbox"/> vorsorgliche Aufnahme     |
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer          |  |
| <input type="checkbox"/> Doppelzimmer          |  |

Evaluationsgespräch am:

---

### Persönliche Daten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

PLZ / Wohnort \_\_\_\_\_ Straße / Hausnummer \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

**Pflegeeinstufung:**     Pflegegrad 1             Pflegegrad 2             Pflegegrad 3  
                                  Pflegegrad 4             Pflegegrad 5             beantragt am \_\_\_\_\_

### Kontakte: (Ehegatte, Angehörige bzw. Kontaktperson)

1) Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort \_\_\_\_\_ Straße / Nr. \_\_\_\_\_  
Telefon (priv.) \_\_\_\_\_ Telefon (dienst) \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Tochter             Sohn             Betreuer             Sonstiger \_\_\_\_\_

2) Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
PLZ/ Ort \_\_\_\_\_ Straße / Nr. \_\_\_\_\_  
Telefon (priv.) \_\_\_\_\_ Telefon (dienst) \_\_\_\_\_  
Mobil \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

Tochter             Sohn             Betreuer             Sonstiger \_\_\_\_\_

## Betreuung / Vollmacht:

Ja (**Kopie**)    beantragt    Patientenverfügung (**Kopie**)

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

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

## Kostenträger: (Krankenkasse, Pflegekasse, Sozialamt)

Krankenkasse \_\_\_\_\_ KV-Nr. \_\_\_\_\_

Geschäftsstelle \_\_\_\_\_

**Kostenbefreiung**    Ja (Kopie)    Nein      **Selbstzahler**       Ja    nein

**Beihilfeberechtigt**    Ja (Kopie)    Nein      **Hilfe zur Pflege**       ja    nein

## Hausarzt:

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Straße / Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/ Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

---

## Anamnese

**Liegt eine Demenz vor?**    Nein       Ja       Diagnose wurde mit mir besprochen

### **Angaben zum Verhalten:**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Selbstgefährdung           | <input type="checkbox"/> Gefährdung anderer            | <input type="checkbox"/> ausgeglichen   |
| <input type="checkbox"/> introvertiert              | <input type="checkbox"/> depressiv                     | <input type="checkbox"/> Hinlauftendenz |
| <input type="checkbox"/> Enthemmung                 | <input type="checkbox"/> tagsüber unruhig              | <input type="checkbox"/> nachts unruhig |
| <input type="checkbox"/> Wahnvorstellung            | <input type="checkbox"/> Verfolgungs-/ Bestehlungswahn |   |
| <input type="checkbox"/> herausforderndes Verhalten |  |   |

**Hinweise zur eigenen Einrichtung & Ausstattung:** (Einrichtungsgegenstände, die mitgebracht werden sollen)

---

---

---

**Hinweise zur kultursensiblen Pflege** (z.B Sexualität, religiöse Rituale usw.)

---

---

---

**Besondere Wünsche und Anliegen für den Abschied**

---

---

---

Wir danken Ihnen für Ihre Mühe und die Mitteilung Ihrer persönlicheren Angaben. Ihre personenbezogenen Daten werden selbstverständlich vertraulich und nach den gesetzlichen Anforderungen des Datenschutzes behandelt. Die Erfassung dieser Angaben dient ausschließlich der Gewährleistung Ihrer Betreuung in unserem Haus.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Antragsteller