



קהילה בירלין

**Hermann Strauß Pflegeheim - vollstationäre Pflege
- Verhinderungspflege**

Anmeldung zur Aufnahme

Angaben zur aufzunehmenden Person:

Name, Vorname:		Geburtsname:
Jüdischer Name:		
Geburtsdatum:	Geburtsort:	
Konfession:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort:		Telefon:
E-Mail		Mobil:
Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus bitte entsprechende Adresse angeben)		

a) Angaben zu Angehörigen:

Name, Vorname:		Art der Verwandtschaft:
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort:		Telefon:
E-Mail		Mobil:

b) Angaben zu Angehörigen:

Name, Vorname:		Art der Verwandtschaft:
Straße, Hausnummer		
Postleitzahl, Ort:		Telefon:
E-Mail		Mobil:



קהילה בירלין

c) Angaben zu Angehörigen:

Name, Vorname:	Art der Verwandtschaft:
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort:	Telefon:
E-Mail	Mobil:

Angaben zum Betreuer nach Betreuungsrecht:

Bitte Kopie des Betreuerausweises beilegen

Name, Vorname:	Art der Betreuung /Vollmacht:
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	Telefon:
E-Mail:	Mobil:

Angaben zum Bevollmächtigten / Vorsorgevollmacht:

Bitte Kopie der Vorsorgevollmacht beilegen

Name, Vorname:	Art der Betreuung /Vollmacht:
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	Telefon:
E-Mail:	Mobil:

Gewünschte Wohnform:

Einzelzimmer	Doppelzimmer
--------------	--------------

Angaben zur Krankenkasse / Pflegekasse:

Name:	Versichertennummer:
Straße, Hausnummer:	
Ort:	
Telefon:	



סדילת ברלין

Erhalten Sie bereits Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz

Bitte Kopie des Bescheides beilegen

Nein	Bereits beantragt am:	ja	Pflege-grad	1	2	3	4	5
Zuzahlungsbefreit	Nein	ja	Bis zum					

Erhalten Sie Leistungen nach BSHG bzw. SGB XII vom Sozialhilfeträger

Bitte Kopie des Bescheides beilegen

ja	Zuständiges Sozialamt
Nein	

Eigenanteil der Kosten wird bezahlt durch die:

Antrag auf Leistungen beim Sozialamt muss vor Einzug gestellt werden

Pflegekasse	Eigenes Einkommen /Rente	Anteilig durch das Sozialamt
Antrag wurde beim zuständigen Sozialamt gestellt am:		

Angaben zum Hausarzt

Angaben zum.....

Name, Vorname:	Name, Vorname:
Straße, Hausnummer:	Straße, Hausnummer:
Postleitzahl, Ort:	Postleitzahl, Ort:
Telefon:	Telefon:
Fax:	Fax:

Angaben zum.....

Angaben zum.....

Name, Vorname:	Name, Vorname:
Straße, Hausnummer:	Straße, Hausnummer:
Postleitzahl, Ort:	Postleitzahl, Ort:
Telefon:	Telefon:
Fax:	Fax:



Ärztlicher Fragebogen

Name, Vorname:		Geboren am:	
Straße, Hausnummer			
Pflegegrad:	Wurde beantragt am:		
Arzt, Adresse			
Diagnosen, Anamnese			

Ansteckende Krankheiten

TB bekannt	ja	nein	Letzte Röntgenaufnahme der Lunge erfolgte am :	
MRSA Infektion	ja	nein		
Aidsinfektion	ja	Nein		
Sonstige	ja	nein	Welche	

Drogenkonsum

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?

Welche Drogen konsumieren Sie regelmäßig? (Nikotin, Alkohol, Cannabis, Kokain etc.)

Droge	Ja	Nein	Auswirkungen

Gegenwärtiger Zustand - Pflegebedürftigkeit

Kann gehen	ja	nein
Treppensteigen	ja	nein

Bewusstseinslage:

geistig rege		ängstlich		verstimmt		benommen	
Verlangsamt							
Kooperationsfähig		ja		nein		eingeschränkt	



סדילת ברלין

Orientierungsvermögen

Einschränkung	ja:	nein:	
	ja	nein	zeitweise
zeitlich			
zur Person			
örtlich			
situativ			

Sprache und Sprechvermögen:

Ungestört		gestört		Hilfsmittel		Sprechhilfen	
Einschränkung welche:							

Hörvermögen:

Ungestört		Hilfsmittel		rechts		links	
Einschränkung welche:							

Sehvermögen

Ungestört		Hilfsmittel					
Einschränkung welche:							

Vitalfunktionen / medizinische Versorgung / Behandlung

Blutdruck		Puls		BZ		m %		Hilfsmittel
Gewicht		BMI		Größe				Inhalator

Atmung:

normal		eingeschränkt			
Gewohnheiten (z.B. Rauchen)					

Wärme - / Kälteempfinden

Normal		gestört	
--------	--	---------	--

Medizinische Versorgung / Prophylaxen

Medikamentengabe				Hilfsmittel:			
Selbständig		Angehörige/Andere		Sonden			
Einnahmekontrolle		Medikamente richten		PEG			
Prophylaxen				Sonstiges:			
Dekubitus		Spitzfuß					
Pneumonie		Soor / Parotitis					
Thrombose		Obstipation					
Kontraktur		Dauerkatheter					

**Ruhe und Schlaf**

Störungen – welche ?
Was tun Sie, wenn Sie nicht schlafen können?
Schlafmittel?

Beschäftigung

Tages- / Freizeitgestaltung (bisherige Gewohnheiten, Clubs, Sport, Tanz, etc.)
Feste Termine
Interessen / Hobbys
Interessen an Aktivitäten / Kultur (Gruppe, Einzel)
Kontaktwünsche?

Hautzustand

intakt	Allergie
trocken	Ulcera
feucht	Hämatom
schuppig	Dekubitus

Körperpflege Bisherige Gewohnheiten

Baden	Med. Fußpflege
Duschen	Friseur
Körperwäsche	Kosmetik

Ausscheidungen

Harninkontinenz	nein	gelegentlich	ja
Blasenkatheter	Typ	Größe	
Harnableitendes System		gelegt am:	
Einlagen	Tags	Nacht	
Stuhlgang regelmäßig	nein	Abführmittel	
neigt zu Durchfall	gelegentlich	nein	
Toiletentraining	stdl.		
Anus praeter			



Ernährung

Ernährungszustand:	gut		kachektisch		exsikkiert		adipös	
Ernährungswünsche								
Nahrungsallergien								
Essenszeiten								
Essensgewohnheiten								

Mobilität

Einschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates (Paresen, Akinesen, etc.)								
bettlägerig seit:								
Lagerungshilfsmittel:								
Hilfsmittel zur Fortbewegung:								

Kleidung / Kleidungsgewohnheiten

Grund der Pflegebedürftigkeit

Beginn und Verlauf der Krankheiten / Behinderungen = pflegebegründende Vorgeschichte								
Pflegebedürftig / behindert seit:								
Schwerbehindertenausweis / A Zeichen:								

Sicherheit der Umgebung

Kann Verantwortung für die eigene Sicherheit übernehmen	ja	nein
Bewegungsdrang		
Sturzgefährdung		



סודיות ברורה

Anschrift des / r behandelnden Arztes / Ärzte

Name:	
Anschrift:	
Telefon:	Mobil:
Name	
Anschrift	
Telefon	Mobil
Name	
Anschrift	
Telefon	Mobil

Datum.....

.

.....

Arzt
oder Pflegedienst

.....

Unterschrift Bewohner
oder
gesetzl. Vertreter

Den aktuellen Prüfbericht des Landesamtes für Gesundheit und Soziales können Sie im Büro des Seniorenzentrums einsehen.