

Haus Sonnenblick
Altenpflegeheim Oppach
Lindenberger Str. 12, 02736 Oppach

Eingegangen am:

Anmeldung zur Heimaufnahme

Name, Vorname:..... Geburtsname:.....

Geburtstag:..... Geburtsort:.....

Wohnanschrift:..... Telefon:.....

Staatsangehörigkeit:..... Konfession:.....

Familienstand:..... Beruf, letzte Tätigkeit:.....

Ehepartner (Name, Beruf, Eheschließung).....

Angehörige:..... Telefon:.....
(Name, Adresse, Verwandtschaftsverhältnis)

Betreuer:..... Telefon:.....
(Name, Adresse, gerichtl., notariell.)

Hausarzt:.....
(Name, Adresse Telefon)

Pflegekasse:..... Pflegegrad:.....
(Name, Mitglieds-Nr.)

Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand):

Art des Einkommens	zahlende Stelle	Betrag
--------------------	-----------------	--------

.....

.....

Sonstige Kostenträger (z.B. Sozialamt):.....

Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer () Doppelzimmer () bitte ankreuzen x

Gewünschter Aufnahmeterrnin:.....

Diät notwendig? ((Welche? Warum?)).....

Antragsgründe(Diagnosen zur Pflege, Insulinpflichtig, Allergien):.....

.....

.....

.....

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich.

Ort, Datum:..... Unterschrift:.....

Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme Haus Sonnenblick, Oppach

Name, Vorname:.....Geburtsdatum:.....

Wohnanschrift:.....

Pflegekasse:.....Pflegegrad:.....

Angaben zum Patienten:

gehfähig ☐ ja ☐ nein

Treppensteigen möglich? ☐ ja ☐ nein

bettlägerig (ständig) ☐ ja ☐ nein

Inkontinent? ☐ ja ☐ nein

Ist Patient fremder Hilfe bedürftig?

Beim Essen ☐ ja ☐ nein

beim Waschen ☐ ja ☐ nein

Beim Ankleiden ☐ ja ☐ nein

beim Toilettengang ☐ ja ☐ nein

Beim Lagern zur Nacht ☐ ja ☐ nein

beim Aufstehen aus dem Bett ☐ ja ☐ nein

Ist Patient orientiert? örtlich

☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise

zeitlich

☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise

zur Person

☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise

nachts ruhig

☐ ja ☐ nein ☐ zeitweise

Gemütsstimmung: ☐ freundlich ☐ kooperativ ☐ verdrießlich ☐ aggressiv

Neigung zur Sucht: ☐ nein wenn ☐ ja, welche:.....

Erkrankungen vor Heimaufnahme:

.....
.....
.....
.....

Geistige und seelischen Behinderung oder Störung:

.....
.....

Diagnosen:

.....
.....
.....

Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (Tbc, Hepatitis u.ä.)?

.....

Letzter Tbc-Test:.....Tetanusimpfung:.....

Allergien (auch Lebensmittel):.....

Hinweise des Arztes:.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift u. Stempel des Arztes