Anmeldebogen zur Aufnahme

☐ vollstationäre Pflege ☐ Kurzzeitpflege

ab _____ von _____ bis _____

Name _____ Vorname(n) _____

Straße _____ Wohnort _____ Telefon _____

Geb.-Datum _____ Geb.-Ort (Kreis ggf. auch Land/Staat mit angeben) _____

Geb.-Name _____ Familienstand _____

Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____

Ehepartner(in) / Lebenspartner (in):

Name _____ Vorname _____

Straße _____ Wohnort _____ Telefon _____

GEGENWÄRTIGER AUFENTHALT

☐ Krankenhaus/Reha/andere Einrichtung ☐ wie oben

Name der Einrichtung _____ Station _____

Straße _____ Ort _____

Telefon _____ Ansprechpartner _____

ANSPRECHPARTNER(IN) - Auch während einer Urlaubspflege / Kurzzeitpflege

1. Name _____ Vorname _____
   Straße _____ Wohnort _____
   E-Mail _____ Verwandtschaftsgrad _____
   Telefon _____
2. Name _____ Vorname _____
   Straße _____ Wohnort _____
   E-Mail _____ Verwandtschaftsgrad _____
   Telefon _____

GERICHTLICH BESTELLTE(R) BETREUER(IN)

☐ Ja ☐ Nein

INHABER(IN) VON VOLLMACHTEN

☐ Ja ☐ Nein

Name:_____ Vorname:_____

Straße:_____ Wohnort:_____

Telefon privat:_____ E-Mail:_____

Wirkungskreis(e)_____

Betreuung wird/ist angeregt bzw. beantragt ☐ Ja ☐ Nein

Patienten- oder Notfallverfügung oder
Patienten-Testament vorhanden ☐ Ja ☐ Nein

HAUSARZT kommt in die Einrichtung: ☐ Ja ☐ Nein

Name_____ Telefon_____

Anschrift_____

WEITER BEHANDELNDER FACH - ARZT

Name_____ Telefon_____

Anschrift_____

Name_____ Telefon_____

Anschrift_____

BISHER INVOLVIERTER PFLEGEDIENST (wenn zutreffend)

Name_____ Telefon_____

Anschrift_____

KRANKENKASSE/PFLEGEKASSE

Name_____ Vers.Nr.: _____

Einstufung der Pflegekasse/Krankenkasse in Grad _____

KOSTENREGELUNG BEI AUFNAHME **ACHTUNG – unbedingt ausfüllen!**

Platzfinanzierung

☐ **Leistungen** der Pflegekasse

☐ **Kostenübernahme** ist/wird beim zuständigen Sozialamt in _____ am _____ beantragt

⇒ **Bestätigung** der Notwendigkeit stationärer Pflege durch das Sozialamt erforderlich (nicht für DU)

☐ **Monatliche Einkommen:** _____€

☐ **Vermögen:** _____€

☐ **Leistungen** vom Versorgungsamt, Art:_____

☐ **Beihilfe,** Beihilfestelle: _____

☐ **Immobilienbesitz,** Art:_____

☐ **Schenkungen in den letzten 10 Jahren,** Art/Höhe:_____

Wer soll die Rechnung über den Eigenanteil erhalten?

☐ **Bewohner/Gast** ☐ **1. Ansprechpartner(in)** ☐ **2. Ansprechpartner(in)**

Bankverbindung

Institut_____IBAN:_____

BESONDERE WÜNSCHE (z.B. bestimmte Einrichtung, Zimmerwunsch, Mitnahme von Haustieren oder von Möbeln)

_____

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen, bzw. eine Pflegeüberleitung und vorhandene Vollmachten/ Betreuungsurkunden liegt bei/wird übersandt.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie Ihre verbindliche Anmeldung, die Richtigkeit der Angaben und die Kenntnisnahme des Informationsblattes „Was Sie zur Anmeldung wissen und beachten sollten“, der aktuellen Preisliste und des „Informationsblattes gemäß § 3 Wohn- und Betreuungsvertragsgesetz (WBVG)“.

Sollten wir keine Rückmeldung von Ihnen erhalten, dass Sie 2 Monate nach Anmeldung noch Interesse an einem Pflegeplatz haben, müssen wir alle Daten löschen und Unterlagen vernichten.

_____

Ort, Datum Unterschrift Platzinteressent(in), Bevollmächtige(r), gerichtlich bestellte(r) Betreuer(in)

Einwilligungserklärung Datenschutz

Ich, _____, willige ein, dass die Evangelischen Dienste Duisburg gGmbH folgende Daten: Adressdaten, Geburtsdaten, Arztbriefe und medizinische Dokumente, Vollmachten, Versicherungsnummern, weitere pflegerelevante Daten und Wünsche von mir oder von meinem Angehörigen, Betreuten oder Vollmachtgebers

_____ verarbeitet.

Zweck der Datenerfassung zur:

- Beurteilung inwieweit eine Betreuung oder Pflege bei uns möglich ist
- Betreuung und Pflege
- befristeten Erfassung des Bedarfs an Pflege- und Unterstützungsangeboten
- Vorbereitung auf folgende Beratungstermine
- Erstellung von Listen von Interessenten für Pflege, Betreuung oder einer Wohnung

Die Daten bleiben in unserem Unternehmen und werden nicht an externe Dritte weitergeleitet. Die Weiterleitung intern erfolgt nur an ausgewählte Mitarbeiter, die mit dem Vorgang befasst sind.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt, und dass ich mein Einverständnis mit der Folge, dass eine sinnvolle Beratung oder eine Aufnahme möglicherweise dadurch nicht möglich ist, verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Den Widerruf formlos an:

Evangelische Dienste Duisburg gGmbH, Bonhoefferstraße 6, 47138 Duisburg
datenschutz@edd.de

Die Daten werden von uns gelöscht, wenn Sie der Verarbeitung widersprechen oder der Zweck der Datenverarbeitung erfüllt wurde, sofern keine weiteren gesetzlichen Regelungen dem Entgegenstehen. Sollten wir keine weiteren Informationen von Ihnen erhalten, werden Ihre Daten automatisch nach zwei Monaten und in begründeten Ausnahmefällen nach spätestens drei Jahren gelöscht.

Datum, _____Unterschrift _____

Als Vertraute/r der/des Heimplatzinteressent*in willige ich, _____, ein, dass die Evangelischen Dienste Duisburg gGmbH meine Kontaktdaten an das zuständige Sozialamt weitergibt, damit mir ggf. Informationen und andere Unterlagen zugeschickt werden.

Datum, Unterschrift

MEDIZINISCH-/ PFLEGERISCHER FRAGEBOGEN
ANLÄSSLICH DER ANMELDUNG ZUR AUFNAHME
☐ **Kurzzeitpflege** ☐ **vollstationäre Dauerpflege**
Bitte vom Hausarzt/Krankenhausarzt ausfüllen lassen

Name_____ Vorname _____Geburtsdatum_____

Straße _____ PLZ-Wohnort _____

Diagnosen / Somatische und psychiatrische Erkrankungen

1. _____ 5. _____
2. _____ 6. _____
3. _____
4. _____

Allergien:_____ Implantate: _____

KÖRPERPFLEGE	**täglich**	**zeitweise**	**nein**
Teilwaschung	☐	☐	☐
Ganzkörperwäsche	☐	☐	☐
Kämmen/Rasieren	☐	☐	☐
Mund-/Zahnpflege	☐	☐	☐

DARM-/BLASENENTLEERUNG	**täglich**	**zeitweise**	**nein**
Benutzung von Hilfsmitteln (z.B. Toilettenstuhl, Urinflasche)	☐	☐	☐
Intimpflege/Richten der Kleidung	☐	☐	☐

versorgt mit:	ja			
Dauerkatheter	☐	☐	☐	☐
Stoma	☐	☐	☐	☐
Inkontinenzartikel	☐	☐	☐	☐
Nutzung Sanitärer Anlagen		☐	☐	☐

ERNÄHRUNG	**täglich**	**zeitweise**	**nein**
Mundgerechte Zubereitung	☐	☐	☐
Nahrungsaufnahme	☐	☐	☐
Regelung der Flüssigkeitsaufnahme	☐	☐	☐

benötigt:	ja	
Sondenernährung	☐	
Besondere Kostformen	☐	welche_____

MOBILITÄT	**täglich**	**zeitweise**	**nein**
Aufstehen aus ☐ liegender	☐	☐	☐
☐ sitzender Position	☐	☐	☐
Körpergerechte Lagerung	☐	☐	☐
An-/Auskleiden	☐	☐	☐
Gehen mit Begleitperson	☐	☐	☐
Selbständig ☐ nicht selbständig	☐		

beim Gehen mit folgenden Hilfsmitteln:

_____

	ja	**nein**	**zeitweise**
Mobilisation außerhalb des Bettes bei Bettlägerigkeit:			
wird regelmäßig mobilisiert	☐	☐	
nicht mehr mobilisierbar	☐	☐	
Sturzgefahr	☐	☐	☐

Kontrakturen ☐ Lokalisation: _____

Dekubitus ☐ Lokalisation: _____

Lähmungen ☐ Lokalisation: _____

Kommunikation	**ja**	**nein**	**zeitweise**
Reagiert auf Ansprache	☐	☐	☐
Versteht Sachverhalten	☐	☐	☐
Gesprochenes ergibt objektiven Sinn	☐	☐	☐
Veränderte Sprachqualität	☐	☐	☐

Sozialverhalten	**ja**	**nein**	**zeitweise**
Antriebsarm/Rückzugstendenz	☐	☐	☐
Vermehrt impulsiv	☐	☐	☐

Gibt es wiederkehrende konflikthafte Situationen? _____

Pflegerelevante Information in folgenden Bereichen:

Desorientierung zeitlich ☐ persönlich ☐ situativ ☐ örtlich ☐

Sehvermögen	☐	Tag-/ Nachtrhythmus	☐	Psychomotorische Unruhe	☐
Hörvermögen	☐	Ängste	☐	Selbstgefährdung	☐
Fremdgefährdung	☐	Körpergewicht	☐	Gehörlosigkeit	☐
Tagesstrukturierung	☐	Hinlauftendenz	☐	Kooperationsbereitschaft	☐
verbal aggressives Verhalten			☐	Antiepileptika-Therapie	☐

Geist. Behinderung ☐ Sehbeeinträchtigung ☐ Epilepsie ☐
Beatmungspflichtig ☐ Antikoagulations-Therapie ☐
Insulin-/Tablettenpflichtige Diabetes ☐
Verkennen von Alltagssituationen inadäquates
Reagieren in diesen Alltagssituationen ☐

Suchterkrankungen:

Alkohol ☐ Medikamente ☐ Nikotin ☐

Sonstiges: _____

Erläuterungen:

Liegt ein richterlicher Beschluss zu einer freiheitseinschränkenden Maßnahme vor?
☐ ja ☐ nein

wenn ja, welche?
_____

Sind Pflegeleistungen während der Nacht erforderlich?
☐ jede Nacht ☐ zeitweise ☐ nein

welche und wie oft?
_____

Sind ansteckende Krankheiten bekannt (IfSGesetz)? ☐ ja ☐ nein

Welche? _____

Sind Atemwegserkrankungen bekannt? ☐ ja ☐ nein

Sind MRGN-Erreger (Multiresistente Erreger) nachgewiesen?
☐ ja ☐ nein

Welche? _____

_____

Datum Unterschrift und Stempel Hausarzt/Hausärztin; Unterschrift Klinikarzt/Klinikärztin und Unterschrift Pflegefachkraft (falls Patient/in z.Zt. im Krankenhaus)

Informationen gemäß §3 Wohn – und Betreuungsgesetz WBVG für Einrichtungen der Altenhilfe

Sehr geehrte Damen und Herren, im Folgenden möchten wir Sie über unser allgemeines Leistungsangebot informieren. Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie Fragen haben, wir helfen Ihnen gerne weiter!

Ihr Privatbereich

Die Zimmer in den Pflegeeinrichtungen der Evangelischen Dienste Duisburg haben Größen zwischen 15 m² (Einzelzimmer) und 30 m² (Doppelzimmer). Sie sind ausgestattet mit Bad und WC (eventuell in gemeinsamer Nutzung mit einem Nachbarzimmer) und voll möbliert. Selbstverständlich ist es möglich das Zimmer mit eigenen Möbeln und persönlichen Gegenständen einzurichten.

Gemeinschaftsräume

Ihnen stehen Räume zur Begegnung und Teilnahme am Gemeinschaftsleben des Hauses zur Verfügung. Für die Nutzung dieser Räume, wird kein gesondertes Entgelt erhoben.

Leistungen der Pflege

Ihnen wird die in Ihrer Situation erforderliche Hilfe durch die Pflegekräfte angeboten. Ziel ist es, Ihre Selbständigkeit und Unabhängigkeit zu erhalten und dabei Ihre persönlichen Bedürfnisse und Gewohnheiten zu respektieren. Wir orientieren uns dabei an dem Pflegemodell der Strukturierten Informationssammlung und Maßnahmenplanung und üben ein umfassendes Qualitätsmanagement aus. Umfang und Inhalt der Pflege ergeben sich aus Ihrem jeweiligen Pflegegrad. Bei Veränderungen des Pflegebedarfes passen wir unsere Leistungen Ihrem veränderten Bedarf an. Führt ein veränderter Pflegebedarf dazu, dass für Sie ein anderer Pflegegrad zutrifft, werden wir, mit Ihrem Einverständnis, Ihre Pflegekasse informieren.

Leistungen der Sozialen Betreuung

Sie haben in unseren Einrichtungen regelmäßig die Möglichkeit an kulturellen, religiösen und sozialen Angeboten teilzunehmen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter unserer Sozialen Betreuung unterstützen Sie dabei und geben Ihnen die notwendigen Hilfen bei der Gestaltung Ihres Lebensraums und bei der Orientierung in Ihrem neuen Zuhause.

Leistungen der Hauswirtschaft

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Hauswirtschaft sind mit verantwortlich für die Gestaltung einer wohnlichen Atmosphäre, für die Raumpflege, für die Beratung in hauswirtschaftlichen Angelegenheiten sowie für die Wäscheversorgung. Privatwäsche wird von uns gekennzeichnet, ohne dass Ihnen Kosten entstehen. Die Reinigung der persönlichen Wäsche wird maschinell vorgenommen. Die Wäsche muss waschmaschinen- und trocknergeeignet sein. Eine chemische Reinigung erfolgt nicht. Bettwäsche und Handtücher können Sie von uns erhalten.

Leistungen der Küche

Wir bieten folgende im Entgelt enthaltene Mahlzeiten an:

- Frühstück
- Mittagessen
- Kaffee und Kuchen oder Plätzchen
- Abendessen
- Zwischenmahlzeiten

Bei Bedarf werden leichte Vollkost oder Diäten nach ärztlicher Verordnung für Sie zubereitet. Getränke zur Deckung des täglichen Flüssigkeitsbedarfs sind jederzeit kostenlos erhältlich.

Leistungsentgelte und Entgelterhöhungen

Die Entgelte werden für einen bestimmten Zeitraum zwischen den öffentlichen Leistungsträgern (Pflegekassen, Sozialhilfeträgern) und dem Träger der Einrichtung festgelegt. Das Ergebnis dieser Verhandlungen, die Vergütungsvereinbarung, kann jederzeit eingesehen werden. Die Preisbestandteile sind:

- Entgelt für Unterkunft (inkl. hauswirtschaftlicher Leistungen)
- Entgelt für Verpflegung (inkl. hauswirtschaftlicher Leistungen)
- Entgelt für allgemeine Pflegeleistungen (inkl. soziale Betreuung)
- Ausbildungsumlage
- Entgelt für Investitionsaufwendungen

Eine Kostenerhöhung muss Ihnen vier Wochen vorher angekündigt werden.

Hiermit bestätige ich_____, dass ich vor Unterzeichnung des Vertrages über das allgemeine Leistungsangebot, sowie über die Leistungsentgelte der Evangelischen Dienste Duisburg informiert wurde.

_____

Ort, Datum
Unterschrift Platzinteressent(in) / Bevollmächtigte(r), gerichtlich bestellte(r) Betreuer(in)