



## ANMELDUNG 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): 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

Impfungen (Covid) erwünscht:

Ja

Nein

Patienten- oder Notfallverfügung oder Pat.-Testament vorhanden

Ja

Nein



**HAUSARZT** kommt in die Einrichtung:  Ja  Nein  
Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

**WEITER BEHANDELNDER ARZT**  
Name \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_  
Anschrift \_\_\_\_\_

**KRANKENKASSE/PFLEGEKASSE** \_\_\_\_\_ 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 einer Kurzzeitpflege 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 (WBG).“**

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), Bevollmächtigte(r), Gerichtlich bestellte(r) Betreuer(in)



## Einwilligungserklärung Datenschutz

Ich, \_\_\_\_\_, willige ein, dass

Evangelische 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.
- zur Betreuung und Pflege
- zur befristeten Erfassung des Bedarfs an Pflege- und Unterstützungsangeboten
- zur Vorbereitung auf folgende Beratungstermine
- zur 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:

Kanzlei Siebel  
Schürmannstraße 25a  
45136 Essen  
Telefon: 0201/17755040  
E-Mail: post@kanzlei.siebel.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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganzkörperwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund-/Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

DARM-/BLASENENTLEERUNG	täglich	zeitweise	nein
Benutzung von Hilfsmitteln (z.B. Toilettstuhl, Urinflasche)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege/Richten der Kleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
versorgt mit: ja			
Dauerkatheter <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stoma <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inkontinenzartikel <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nutzung Sanitärer Anlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ERNÄHRUNG	täglich	zeitweise	nein
Mundgerechte Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelung der Flüssigkeitsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
benötigt: ja			
Sondenernährung <input type="checkbox"/>			
Besondere Kostformen <input type="checkbox"/>			
	welche _____		

bitte wenden!



MOBILITÄT	täglich	zeitweise	nein
Aufstehen aus <input type="checkbox"/> liegender <input type="checkbox"/> sitzender Position	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körpergerechte Lagerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen mit Begleitperson	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbständig <input type="checkbox"/> nicht selbständig	<input type="checkbox"/>		
beim Gehen mit folgenden Hilfsmitteln: Mobilisation außerhalb des Bettes bei Bettlägerigkeit: wird regelmäßig mobilisiert <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
nicht mehr mobilisierbar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
Sturzgefahr:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontrakturen <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____			
Dekubitus <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____			
Lähmungen <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____			

Kommunikation	ja	nein	zeitweise
Reagiert auf Ansprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Versteht Sachverhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesprochenes ergibt objektiven Sinn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veränderte Sprachqualität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sozialverhalten	ja	nein	zeitweise
Antriebsarm/Rückzugstendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ver mehrt impulsiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es wiederkehrende konflikthafte Situationen? _____			

### Pflegerelevante Störungen in folgenden Bereichen:

Sehvermögen <input type="checkbox"/>	Tag-/ Nachtrythmus <input type="checkbox"/>	Psychomotorische Unruhe <input type="checkbox"/>
Desorientierung <input type="checkbox"/>	Hörvermögen <input type="checkbox"/>	Kooperationsbereitschaft <input type="checkbox"/>
Selbstgefährdung <input type="checkbox"/>	zeitlich <input type="checkbox"/>	örtlich <input type="checkbox"/>
Fremdgefährdung <input type="checkbox"/>	Körpergewicht <input type="checkbox"/>	Gehörlosigkeit <input type="checkbox"/>
Tagesstrukturierung <input type="checkbox"/>	Hinlauff tendenz <input type="checkbox"/>	situativ <input type="checkbox"/>
Persönlich <input type="checkbox"/>	Ängste <input type="checkbox"/>	verb. aggressives Verhalten <input type="checkbox"/>
Geist. Behinderung <input type="checkbox"/>	Sehbeeinträchtigung <input type="checkbox"/>	Epilepsie <input type="checkbox"/>
Insulin-/Tabletten- pflichtige Diabetes <input type="checkbox"/>	Beatmungspflichtig <input type="checkbox"/>	Antikoagulations-Therapie <input type="checkbox"/>
Verkennen von Alltagssituationen u. inadäquates Reagieren in diesen Alltagssituationen <input type="checkbox"/>		Antiepileptika-Therapie <input type="checkbox"/>

### Suchterkrankungen:

Alkohol <input type="checkbox"/>	Medikamente <input type="checkbox"/>	Nikotin <input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------------------	----------------------------------

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 Sie gegen Corona geimpft?

1. Impfung  2. Impfung  3. Impfung  
 4. Impfung

Waren Sie bereits an Corona erkrankt?

nein  ja Datum \_\_\_\_\_

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 zur **Anmeldung**

Wir bedanken uns für Ihr Interesse an unserer Einrichtung.

Um Ihnen eine Anmeldung zu erleichtern, haben wir für Sie die wichtigsten Informationen hier zusammengestellt.

Die folgende Auflistung kann sicherlich nicht alle Eventualitäten berücksichtigen, zu unterschiedlich sind die verschiedenen Bestimmungen und auch Auffassungen der Pflegekassen und Sozialämter, dennoch benötigen wir von allen Interessenten:

1. Eine vollständig ausgefüllte **„Anmeldung zur Aufnahme“**. Besonders wichtig ist hier, dass Sie uns Telefonnummern angeben, unter denen ein Ansprechpartner in der Regel tagsüber zu erreichen ist. Diese Anmeldung muss vom zukünftigen Bewohner eigenhändig unterschrieben sein oder von seinem gerichtlich bestellten Betreuer. In diesem Fall legen Sie bitte eine Kopie der Bestellsurkunde bei.
2. Einen aktuellen **„ärztlichen Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme“** (gelbes Formular). Diesen füllt Ihnen entweder der Hausarzt oder, im Falle eines Krankenhausaufenthaltes der dort zuständige Arzt aus.
3. Die **Bescheinigung der Notwendigkeit vollstationärer Pflege** von Ihrer Pflegekasse, bzw. dem „Medizinischen Dienst“ (MD). Ist Ihr Angehöriger im Krankenhaus, kann der Krankenhaussozialdienst diese Bescheinigung per Fax anfordern und in der Regel innerhalb von drei Tagen eine Antwort erhalten. Beantragen Sie die Bescheinigung von zu Hause, müssen Sie sich direkt an Ihre Pflegekasse wenden. Lehnt Ihre Pflegeversicherung die stationäre Pflege ab oder falls Sie nicht pflegeversichert sind, benötigen wir eine Bestätigung der Notwendigkeit einer Aufnahme durch die „Seniorenberatung“ Ihres Sozialamtes oder eine „Selbstzahlererklärung“.
4. Die **Bestätigung des Sozialamtes**, dass der Sozialhilfahauptantrag gestellt wurde. Das Sozialamt bescheinigt uns dies durch Stempel und Unterschrift auf der Rückseite der „Anmeldung zur Aufnahme“ (im Kästchen). Hier ist es hilfreich, wenn Sie vorher einen Termin mit dem zuständigen Sachbearbeiter beim Sozialamt ausmachen. Ist der Interessent nicht im Krankenhaus, muss vorher eine Beratung durch die „Seniorenberatung“ (s.o.) erfolgt sein.
  - oder eine vorläufige Kostenzusicherung des örtlichen Sozialamtes bei Platzinteressenten von außerhalb unserer Stadt
  - oder eine **Selbstzahlererklärung**: Als „Selbstzahler“ werden Personen angesehen, die auf Dauer, oder zumindest längerfristig die Kosten, abzüglich der Pflegekassenleistung und des Pflegewohngeldes, aus eigenen Mitteln tragen können. Hierzu zählen auch Interessenten, die von anderer Stelle Zuschüsse bekommen (z.B. Beihilfe für Beamte). Für diesen Personenkreis haben wir die oben erwähnte „Selbstzahlererklärung“ vorbereitet.



Wenn für Sie **Pflegewohngeld** beantragt werden soll oder wenn **Sozialhilfe** beantragt wurde, **benötigen wir Einkommens- und Vermögensnachweise in Kopie** (d.h. Rentenbescheide, Kopie Sparbuch, Rückkaufswert Lebensversicherung und ähnliches). Liegen diese Kopien bei der Aufnahme nicht vor, können wir kein Pflegewohngeld beantragen und damit zahlen Sie oder Ihr Angehöriger möglicherweise einige hundert Euro mehr im Monat als nötig.

Die vollständigen Anmeldungen können dann von allen Hausleitungen der Häuser der **Evangelischen Dienste Duisburg gGmbH** eingesehen werden. Steht für Sie ein Platz zur Verfügung, wird Sie die jeweilige Hausleitung anrufen, um im Gespräch zu klären, ob Sie diesen wollen und ob die nötige Versorgung an dieser konkreten Stelle zu leisten ist.

Damit Sie sich vorab über den Vertrag informieren können, stellen wir Ihnen gerne einen Mustervertrag zur Ansicht zur Verfügung.

Für weitere Informationen und Unterstützung stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung:

**Duisburg:**     **Zentrale Beratungsstelle**, Bonhoefferstraße 16, 47138 Duisburg  
                  **Frau Poje-Jaeger**  
Montag bis Freitag, 8.00 - 12.30 Uhr, nachmittags nach Vereinbarung  
Tel.: 0203 / 410 - 1009, Fax: 0203 / 410 -1010, Rezeption Tel:0203 / 410-0

**Seniorenzentrum Altenbrucher Damm**  
Altenbrucher Damm 8, 47249 Duisburg  
**Frau Anja Reis oder Frau Bea van Krimpen**  
Montag – Freitag 8.00 – 12.30 Uhr, Tel. 0203/ 7979-0  
Weiterhin haben Sie die Möglichkeit, an einem unserer Informations- und Besichtigungstermine teilzunehmen, die für alle interessierten Menschen und deren Angehörige stattfindet:  
Jeden dritten Freitag im Monat um 10.00 Uhr und am letzten Donnerstag im Monat um 17.30 Uhr.  
Zu der Besichtigung bitte wir Sie sich anzumelden.

**Bonn:**           **Seniorenzentrum Haus Rosental**  
Rosental 80-88, 53111 Bonn  
**Frau Eva Berchem**  
Montag-Freitag 8.00 – 12.30 Uhr  
Tel: 0228 / 7256-118  
Ist Frau Berchem nicht zu erreichen, wenden Sie sich bitte an die Mitarbeitenden der Leistungsabrechnung, Tel.: 0228 / 7256 - 115 Herr Stange oder 117 Frau Rührenbeck

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Evangelischen Dienste Duisburg gGmbH