Evangelische Dienste Duisburg
BETREUEN | PFLEGEN | BEGLEITEN

# 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 (WBVG).**

Sollten wir keine Rückmeldung von Ihnen erhalten, dass Sie 2 Monate nach Anmeldung noch Interesse an einem Pflegeplatzhaben 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
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

Evangelische Dienste Duisburg
BETREUEN | PFLEGEN | BEGLEITEN

**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_____ |

bitte wenden!

| MOBILITÄT | täglich | zeitweise | nein |
|---|---|---|---|
| Aufstehen aus ☐ liegender | ☐ | ☐ | ☐ |
| ☐ sitzender Position | ☐ | ☐ | ☐ |
| Körpergerechte Lagerung | ☐ | ☐ | ☐ |
| An-/Auskleiden | ☐ | ☐ | ☐ |
| Gehen mit Begleitperson | ☐ | ☐ | ☐ |
| Selbständig ☐ nicht selbständig | ☐ | | |
| beim Gehen mit folgenden Hilfsmitteln: | | | |
| 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 Störungen in folgenden Bereichen:**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| Sehvermögen | ☐ | Tag-/ Nachtrythmus | ☐ | Psychomotorische Unruhe | ☐ |
| Desorientierung | ☐ | Hörvermögen | ☐ | Kooperationsbereitschaft | ☐ |
| Selbstgefährdung | ☐ | zeitlich | ☐ | örtlich | ☐ |
| Fremdgefährdung | ☐ | Körpergewicht | ☐ | Gehörlosigkeit | ☐ |
| Tagesstrukturierung | ☐ | Hinlauftendenz | ☐ | situativ | ☐ |
| Persönlich | ☐ | Ängste | ☐ | verb. aggressives Verhalten | ☐ |
| Geist. Behinderung | ☐ | Sehbeeinträchtigung | ☐ | Epilepsie | ☐ |
| Insulin-/Tabletten-pflichtige Diabetes | ☐ | Beatmungspflichtig | ☐ | Antikoagulations-Therapie | ☐ |
| | | | | Antiepileptika-Therapie | ☐ |

Verkennen von Alltagssituationen u. 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 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 Bestellungsurkunde 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 Sozialhilfehauptantrag 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 8.30 – 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
Montag-Freitag 8.00 – 12.30 Uhr

Tel.: 0228 / 7256-115/117/118

Mit freundlichen Grüßen

Ihre Evangelischen Dienste Duisburg gGmbH