

# Seniorenzentrum Dietrich-Bonhoeffer

Stinnesstraße 8, 85057 Ingolstadt  
Tel. 0841 / 888-1 Fax 0841 / 888-210  
@mail: dietrich-bonhoeffer@dw-in.de

**Vormerkung/Anmeldung für das Seniorenzentrum Dietrich-Bonhoeffer (Stinnesstraße)**  
 zur vollstationären **PFLEGE**     zur **TAGESPFLEGE**     **WOHNEN (Service)**  
 beschützender Bereich

Ich bitte um Anmeldung/Vormerkung für die Pflege / für eine Seniorengerechte Wohnung:

\_\_\_\_\_  
Familienname, Vorname(n)

\_\_\_\_\_  
Geburtsname

\_\_\_\_\_  
PLZ, Ort

\_\_\_\_\_  
Strasse, Hausnummer

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Staatsangehörigkeit

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Geburtsort

Umzug aus einer anderen Pflegeeinrichtung

\_\_\_\_\_  
Name/Ort der Einrichtung

Gesetzlicher Betreuer vorhanden

ja (Kopie bitte vorlegen)

nein

Vorsorgevollmacht vorhanden

ja (Kopie bitte vorlegen)

nein

Patientenverfügung vorhanden

ja (Kopie bitte vorlegen)

nein

(bei Interesse sprechen Sie uns einfach an)!

**Familienstand:**

verheiratet

verwitwet

ledig

geschieden

**Konfession / Religion:**

Evangelisch

Katholisch

**Pflegegrad:**

keiner

beantragt

Pflegegrad 1

Pflegegrad 2

Pflegegrad 3

Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

\_\_\_\_\_  
Gesundheitliche Einschränkungen, Erkrankungen

\_\_\_\_\_  
Name des Hausarztes

\_\_\_\_\_  
Krankenkasse (Name, Adresse)

ich bin privatversichert

Ich bin Beihilfeberechtigt (z.B. nach Beamtenrecht)

Ein aktueller Arztbrief mit dem derzeitigen Medikamentenplan ist bei PFLEGE beizufügen

👉 **Bitte wenden** 👈



Patient: \_\_\_\_\_

Name, Geburtsdatum, Anschrift

Der Patient benötigt Hilfe bei(m)

**Körperpflege**                      ja    gelegentl.    nein

Waschen                                     

Baden, Duschen                             

Mund- und Zahnpflege                     

Frisieren, Rasieren                         

**Ernährung**

Essen                                           

Trinken                                       

Mundgerechte Vorbereitung             

Essen eingeben                             

Sondennahrung                             

**Benutzung der Toilette**

Toilettengang                               

Gebrauch von Hilfsmitteln                 

Harninkontinenz                             

Stuhlinkontinenz                           

Dauerkatheter                               

**Mobilität**

Aufstehen/zu Bett gehen                 

An- und Auskleiden                       

Gehen                                         

Stehen                                        

Rollstuhl/Rollator                         

Bettlägerig                                   

**Pflegeversicherung**

Pflegegrad     1     2     3     4     5

Antrag gestellt  am \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

**Psychischer Zustand**    ja    zeitweise    nein

Örtlich orientiert                           

Zeitlich orientiert                          

Nachts unruhig                             

Weglauff Tendenzen                       

Selbstgefährdung                           

Fremdgefährdung                           

**Diagnosen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Medikamente:**

Medikamentenplan vorhanden    Ja     nein

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Corona-Impfung erhalten:**

Ja                                     nein

**Hausarzt:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Beschützende Unterbringung erforderlich:**

Ja                                     nein

**Der Patient ist frei von ansteckenden Krankheiten  
(auch Tbc nach § 36 Infektionsschutzgesetz)**

Ja                                     nein

**Bemerkungen:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Unterschrift und Stempel des Arztes / der Ärztin