

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**
 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