

# Seniorenzentrum Dietrich-Bonhoeffer

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

Ich bitte um Anmeldung/Vormerkung für:  
vollstationäre Pflege  
beschützender Bereich  
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



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