

Vormerkung / Anmeldung

Seniorenzentrum Dietrich-Bonhoeffer

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

Vollstationäre Pflege
beschützender Bereich

oder

Matthäusstift Wohnen mit Pflege

Erni-Singerl-Str. 1, 85053 Ingolstadt
Tel. 0841 / 93303-0 Fax 0841 / 93303-11
E-mail: matthaeus-stift@dw-in.de

Ich bitte um Anmeldung/Vormerkung für die Pflege:

Familienname, Vorname(n)

Geburtsname

PLZ, Ort

Strasse, Hausnummer

Telefonnummer

Staatsangehörigkeit

Geburtsdatum

Geburtsort

Umzug aus einer anderen Pflegeeinrichtung

Ja, Einzug am _____
Name/Ort der Einrichtung

Nein

Gesetzlicher Betreuer vorhanden

ja (Kopie bitte vorlegen)

nein

Vorsorgevollmacht vorhanden

ja (Kopie bitte vorlegen)

nein

Patientenverfügung vorhanden
(bei Interesse sprechen Sie uns einfach an!)

ja (Kopie bitte vorlegen)

nein

Familienstand:

verheiratet verwitwet ledig geschieden

Konfession / Religion:

evangelisch katholisch _____

Pflegegrad:

keiner beantragt

Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Seit: _____

Gesundheitliche Einschränkungen, Erkrankungen

Name des Hausarztes

Krankenkasse (Name, Adresse; KV-Nummer)

ich bin privatversichert

Ich bin Beihilfeberechtigt (z.B. nach Beamtenrecht)

Anschrift des

Angehörigen

oder

gesetzlichen Betreuers

Verwandtschaftsgrad: _____

Familienname, Vorname

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

Telefon

Mobil

E-Mail

Wer kommt für die durch eigene Bezüge nicht gedeckten Pflegekosten auf?

Zukünftiger Bewohner

Ich bin auf Sozialhilfe angewiesen

Datenschutzhinweis:

Die Daten werden nur so lange gespeichert, wie es für die Zwecke, für die sie erhoben wurden, notwendig ist.

Datum

Unterschrift

➔ Bitte beachten Sie, dass wir nur vollständig ausgefüllte Formulare berücksichtigen können ➜

Kontaktieren Sie uns regelmäßig, ansonsten wird die Vormerkung nach sechs Monaten bei uns wieder gelöscht.

Patientin / Patient:

Name, Geburtsdatum

Anschrift:

Straße, Hausnummer, PLZ, Ort

Der Patient benötigt Hilfe bei(m)

Körperpflege	ja	gelegentl.	nein	Psychischer Zustand	ja	zeitweise	nein
Waschen				Örtlich orientiert			
Baden, Duschen				Zeitlich orientiert			
Mund- und Zahnpflege				Nachts unruhig			
Frisieren, Rasieren				Weglauftendenzen			
Ernährung				Selbstgefährdung			
Essen				Fremdgefährdung			
Trinken				Diagnosen:			
Mundgerechte Vorbereitung							
Essen eingeben							
Sondennahrung							
Benutzung der Toilette							
Toilettengang				Medikamente:			
Gebrauch von Hilfsmitteln				Medikamentenplan vorhanden (Wenn ja bitte Kopie vorlegen)	Ja	nein	
Harninkontinenz							
Stuhlinkontinenz				Von Zuzahlungen befreit	Ja	nein	
Dauerkatheter				Hausarzt:			
Mobilität							
Aufstehen/zu Bett gehen							
An- und Auskleiden							
Gehen				Beschützende Unterbringung erforderlich:			
Stehen				Ja	nein		
Rollstuhl/Rollator							
Bettlägerig				Der Patient ist frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc nach § 36 Infektionsschutzgesetz)			
Pflegeversicherung				Ja	nein		
Pflegegrad	1	2	3				
Seit wann:							
Krankenkasse:							
KV-Nr.							

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel
des Arztes / der Ärztin