

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:

Familiename, 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

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

Seit: _____

↩ **Bitte wenden** ↪

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: _____

Familiename, 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

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

Seit wann: _____

Krankenkasse: _____

KV-Nr. _____

 Ort, Datum

Psychischer Zustand ja zeitweise nein

Örtlich orientiert

Zeitlich orientiert

Nachts unruhig

Weglauftendenzen

Selbstgefährdung

Fremdgefährdung

Diagnosen:

Medikamente:

Medikamentenplan vorhanden Ja nein
 (Wenn ja bitte Kopie vorlegen)

Von Zuzahlungen befreit 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