

Anmeldung zur Aufnahme

Bitte zusammen mit dem vom Arzt aufgefüllten Fragebogen einsenden!
Bei Schwerbehinderung bitte Feststellungsbescheid des Versorgungsamtes beilegen.

Antragsteller

Name, Vorname, Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Religion / Konfession: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Staatsangeh.: _____ Früh. Beruf: _____

Angehörige / Kontaktperson

(Verwandtschaftsgrad bitte angeben)

1. Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: privat: _____ dienstlich: _____

2. Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: privat: _____ dienstlich: _____

Amtlicher Betreuer / Bevollmächtigter

(Bitte Kopie des Betreuerausweises oder der privaten Vollmacht beilegen)

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Hausarzt

Name, Vorname: _____ Telefon: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse / Pflegekasse

Falls bekannt, Versicherungsnummer bitte angeben

Derzeitige Pflegestufe

Keine PS I PS II PS III

Gewünschte Unterbringung

Einzelzimmer Doppelzimmer

Bankverbindung

Bank: _____

Kontonummer: _____ BLZ: _____

Kostenträger der Heimkosten

- Eigenes Einkommen Zuzahlung aus eigenem Vermögen
 Sonstige Zahlungen Zuständiges Sozialamt

Gewünschte Aufnahme

- Baldmöglichst Vorsorgliche Anmeldung

Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen

(Ort, Datum)

(Unterschrift)

Sollte ein Platz in unserem Hause nicht mehr benötigt werden, benachrichtigen Sie uns bitte telefonisch.

Ärztliches Attest

1. Name, Vorname: _____ geb. am: _____

2.a Bisherige Erkrankungen und Diagnosen:

2.b Infektiöse Erkrankungen: nein nicht bekannt

ja - Art: _____

2.c Allergien: nein

ja - Art: _____

2.d Wahnsymptome/Sinnestäuschungen: nein nicht bekannt

ja - Art: _____

3.a Medikamenteneinnahme:

selbständig Hilfe beim Richten Hilfe beim Einnehmen Verweigert

3.b Bisherige Medikation: Regel- und Bedarfsmedikation bitte auf Seite 3 eintragen

4. Ausscheidung:

- Urin inkontinent kontinent

- Dauerkatheter nein ja - letzter Wechsel: _____ Ch: _____

- Stuhl inkontinent kontinent

Hat der Patient besondere Probleme bei der Ausscheidung (z.B. Obstipation):

nein ja - Art: _____

5. Mobilität des Patienten:

	ja	mit Hilfe	nein
- ist gehfähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- benutzt Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- selbständig An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- ist bettlägrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.a Kostform: Vollkost Diabetische Diät leichte Kost PEG

6.b Bei parenteraler Nahrungsaufnahme: Nahrungsart und Flüssigkeitsmenge:

6.c Nahrungsaufnahme: selbständig Essen reichen Essen mundgerecht zubereiten

7. Der Patient benötigt Hilfe bei:	nein	ja	ganz	teilweise
- Tägliche Körperpflege/ waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- frisieren/ rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Orientierung:	nicht bekannt	ja	nein	teilweise
- zur Zeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zur Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- zum Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Bewusstseinslage: wach somnolent komatös

10. Umtriebigkeit: nein
 ja, und zwar: tagsüber abends nachts nicht bekannt

11. Störung der Stimmung: nein depressiv ängstlich gereizt/ aggressiv gehoben

12.a Wundversorgung: nein ja - Art, Größe, Lokalisation:

12.b Verbandswechsel: bitte auf Seite 3 eintragen

13. Besonderheiten (z.B. Pflege-Empfehlung):

Zu 3.b: Übersicht der Regel- und Bedarfsmedikation

Medikamente (Regelmedikation)	morgens	mittags	abends	nachts

Bedarfsmedikamente:

Zu 12.b: Verbandswechsel:

(Ort, Datum)

(Stempel / Unterschrift des Arztes)

Wäsche für den Pflegebereich

Mindestausstattung bei Neuaufnahme

Vorbemerkung

Alle Kleider- und Wäschestücke müssen mit eingenähtem Wäschewebnamen (Vor- und Zuname) versehen sein.

Eingebügelte Namen lösen sich ab.

Eingeschriebene Namen verlöschen.

Für nicht gekennzeichnete Kleider- und Wäschestücke übernimmt das ThomasHaus keine Haftung.

Wollsachen können nicht im ThomasHaus gewaschen werden. Bringen Sie deshalb möglichst keine Wollsachen mit.

Wäscheliste

- 12 Nachthemden oder Schlafanzüge
- 12 Frottierhandtücher
(6 helle für Oberkörper, 6 dunkle für Unterkörper)
- 12 Frottierwaschhandschuhe
(6 helle für Oberkörper, 6 dunkle für Unterkörper)
- Essschürzen
(Frottierhandtücher mit Wäschebändern)
- 12 Garnituren Unterwäsche
(Schlüpfer, Unterhosen, Unterhemden je nach Gesundheitszustand)

Außerdem: sonstige Unterwäsche, Strümpfe, Morgenmantel, die gewohnte Oberbekleidung, Hausschuhe (geschlossen), Schuhe je nach Gesundheitszustand, Toilettenartikel, Rasierapparat.

Bettwäsche wird vom ThomasHaus gestellt.