



Informationen

zur

Heimaufnahme

Ihr St. Elisabeth-Stift

Altenpflegeheim St. Elisabeth - Stift
St. Elisabeth-Straße 12
49688 Lastrup
Telefon: 04472 / 950 245
Fax: 04472 / 950 248

Psychiatrisches Pflegeheim
St. Elisabeth-Straße 10
49688 Lastrup
Telefon: 04472 / 950 114
Fax: 04472 / 950 100



BITTE BEACHTEN!

Wir bitten um Beantwortung der Fragebögen und um Vorlage der benötigten Unterlagen

Die Unterlagen müssen am Tag der Aufnahme vollständig ausgefüllt bei uns vorliegen! Eine Aufnahme ist sonst nicht möglich!

- Fragebogen bei Heimaufnahme für Bewohner / Angehörige / Betreuer**
 - Bitte füllen Sie diesen Fragebogen möglichst vollständig aus

- Fragebogen für Arztinformationen**
 - Bitte händigen Sie diesen Fragebogen dem Hausarzt bzw. dem derzeit behandelnden Arzt aus

- Ärztliches Zeugnis bezüglich übertragbarer Krankheiten**
 - Bitte händigen Sie dieses Formblatt dem Hausarzt bzw. dem derzeit behandelnden Arzt aus

- Fragebogen für Pflegeinformationen**
 - Bitte händigen Sie diesen Fragebogen dem derzeitigen Betreuungspersonal aus

- Erklärung für die Regelung bei Beendigung des Wohnverhältnisses im Todesfall**

**Für Ihre Bemühungen und Ihr Verständnis danken wir
und bitten um eine gute Zusammenarbeit**



Sehr geehrte(r)

Mit der Heimaufnahme besteht für uns die Pflicht (Paragraph 8 des Heimgesetzes) Aufzeichnungen zu führen. Schon bei der ersten Kontaktaufnahme haben wir Sie um Informationen gebeten. Nunmehr bitten wir um Beantwortung der folgenden Fragen und um Vorlage der benötigten Unterlagen. Natürlich sind wir Ihnen gerne behilflich und bitten Sie, sich bei Fragen mit uns in Verbindung zu setzen. Für Ihre Bemühungen und Ihr Verständnis danken wir und bitten um eine gute Zusammenarbeit.

Tag der Heimaufnahme:

• **Angaben zur Person:**

Name:

Geburtsname:

Vorname:

Geburtstag:

und Ort:

• **Anschrift vor der Heimaufnahme:**

Straße:

PLZ und Ort:

Beruf (bitte nicht Rentner(in)):

• **Familienstand:** () led. () verh. () verw. () gesch. seit: _____

• **Konfession:** () rk. () lt. () _____

frühere Pfarrgemeinde:

• **Staatsangehörigkeit:** _____

• **Anschriften von Verwandten oder Freunden / Bekannte, die im Notfall zu benachrichtigen sind:**

Bitte mindestens zwei Anschriften mit:

Verwandschaftsverhältnis, Name, genaue Anschrift, Telefon dienstl. / privat angeben.

1.

2.

3.

• **Angaben zum Ehegatten des Bewohners / der Bewohnerin**

Bitte Angaben eintragen. Diese Angaben werden bei der Anmeldung benötigt !



Name: _____

Vorname: _____

Beruf: _____

Geburtsdatum: _____ Ort: _____

Datum der Heirat: _____ Ort: _____

Todestag: Ort: _____

- **Ist ein Betreuer / eine Betreuerin bestellt?** () Ja () Nein
(Wenn ja, bitte Bestallungsurkunde vorlegen.)

Name und Anschrift: _____

Wirkungskreis:

Zuständiges Amtsgericht:

Aktenzeichen:

- **Anzahl der geborenen Kinder:** _____
(diese Angabe ist für die Anerkennung von Kindererziehungszeiten im Rentenrecht erforderlich)

Wird Kindererziehungsgeld gezahlt? () Ja () Nein

- **Krankenkasse:** _____ Vers.Nr. _____

Anschrift, PLZ Ort: _____

Bitte die Scheckkarte von der Krankenkasse mitbringen

- **Besteht Befreiung von der Rezeptgebühr?** () Ja () Nein
Wenn ja, bitte Bescheid der Krankenkasse vorlegen

- **Pflegestufe nach dem SGB XI (Pflegeversicherungsgesetz)**

0

I

II

III

Bitte Bescheid über die Einstufung durch die Krankenkasse vorlegen.

Ist ein Antrag auf stationäre Pflege bei der Pflegekasse gestellt worden?

() Ja () Nein

- **Werden die restlichen Kosten vom Sozialamt getragen?**
() Ja () Nein



Wenn ja, ist ein Antrag auf Übernahme der restlichen Kosten beim Sozialamt gestellt worden? Ja Nein

Sozialamt in: _____

Aktenzeichen (falls bekannt) _____

• **Hausarzt:**

Anschrift, PLZ, Ort, Telefon: _____

• **Facharzt:**

Anschrift, PLZ, Ort, Telefon: _____

- **Ist ein Behindertenausweis vorhanden oder beantragt?** Ja Nein
(wenn ja, bitte mitbringen)

Behindertenausweis-Nr.: _____

Aktenzeichen: _____

- **Rundfunkgebühr-Nr.** _____ **(nicht bei Kurzzeitpflege)**
(s. Kontoauszug!)

Wird vom Heimbewohner ein Fernseher oder ein Radio betrieben, so muß dieses Gerät angemeldet werden. Besteht eine solche Anmeldung, so müssen wir eine Ummeldung vornehmen. Unter bestimmten Voraussetzungen kann eine Rundfunkgebührenbefreiung durch uns erwirkt werden.

Zur Heimaufnahme werden folgende Rundfunkgeräte mitgebracht:

- Fernseher
 Radio
 kein Gerät

• **Barbetrag (Taschengeld)**

Für den täglichen Bedarf wird, bei Bewohnern, die einen Zuschuß von der zuständigen Behörde erhalten, ein Barbetrag zur persönlichen Verfügung (Taschengeld) von der Behörde über unsere Verwaltung an den Bewohner gezahlt.

Auf Wunsch bieten wir dies auch allen anderen Bewohnern ("Selbstzahlern"). Der Betrag wird in diesen Fällen zusätzlich vom angegebenen Konto abgebucht und an den Bewohner ausgezahlt, wobei die Höhe abzusprechen ist. Ein Barbetrag (Taschengeld) in Höhe von _____ EURO soll monatlich ausgezahlt werden. Dieser Betrag soll von dem oben angegebenen Konto abgebucht werden.

- **Wird ein Telefon im Zimmer des Heimbewohners gewünscht?**

Auf Wunsch ist es Ihnen möglich, über eine Abrechnungsstelle eines privaten oder öffentlichen Telefonanbieters oder der St. Elisabeth – Stift gGmbH einen Telefonanschluß zu beantragen. Die anfallenden Kosten sind von Ihnen zu tragen. Gern sind wir Ihnen bei der Antragstellung behilflich.

Telefon: Ja Nein



Verzeichnis über mitgebrachte Einrichtungsgegenstände

- **Mitgebrachtes Mobiliar**

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |
| . | |

Zur Information:

Das mitgebrachte Mobiliar der Heimbewohner ist im Rahmen der Hausratversicherung des St. Elisabeth – Stiftes gegen Schäden aus Feuer- und Leitungswasser versichert. Verluste an Bargeld, Schmuck, Vorräte und sonstige Sachen im Zimmer des Bewohners sind dagegen **nicht** versichert.

- **Eingebrachte Pflegehilfsmittel**

- | | |
|----------|----------|
| 1. _____ | 4. _____ |
| 2. _____ | 5. _____ |



Fragebogen für Pflegeinformationen

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

1. Körperpflege / Kleidung

	Ohne Hilfe	Braucht Anregung	Braucht Hilfe	Bemerkung
Ganzkörperwäsche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teilkörperwäsche Oberkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Teilkörperpflege Unterkörper	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Duschen / Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Zahn- und Prothesenpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kämmen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Ankleiden gesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Auskleiden gesamt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Besonderheiten Hautzustand, Pflegemittel:

2. Ernährung

Kostform
Hilfestellung ja nein
Umfang der Hilfestellung

Sondenkost
Art
tägl. Menge
Verabreichung per Ernährungspumpe
 Schwerkraft Spritze

tägl Trinkmenge ml
Trinkverhalten

Sondentyp:
Sonde gelegt am:

Diab. mel.: ja nein BE

3. Ausscheidung

Hilfestellung nötig ja nein
Stuhlgang normal neigt zu Durchfall neigt zu Verstopfung

Stuhlregulierung durch:
abgeführt am:



Stuhlinkontinenz nein gelegentlich ja
 Anuspraeter
 Versorgungssystem
 Versorgung mit Hilfe selbstständig
 Harninkontinenz nein gelegentlich ja
 Blasenkatheter / Cystofix: Char gelegt / gewechselt am:
 Kontinenztraining:

Versorgung bei Stuhl- und / oder Harninkontinenz:

4. Bewegung / Lagerung

	Ohne Hilfe	Braucht Anregung	Braucht Hilfe	Bemerkung
Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gang zur Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gebrauch von Gehhilfen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Gebrauch vom Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Sitzen im Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lagern bei Bettlägerigkeit	Lagerungsart	Lagerungswechsel / Häufigkeit	Verwendete Hilfsmittel	

5. Spezielle Aspekte

Dekubitus ja nein
 Lokalisation Größe / Tiefe feucht trocken
 Sonstige Wunden ja nein
 Lokalisation Größe / Tiefe feucht trocken
 Versorgung mit Hilfe selbstständig

6. Orientierung

Zeitlich nein gelegentlich ja
 Örtlich nein gelegentlich ja
 Zur Person nein gelegentlich ja
 Situativ nein gelegentlich ja



Nachts ruhig nein gelegentlich ja
Gemütsstimmung willig freundlich verdrießlich

7. Kommunikation

Hörgerät re li. Brille
Sprache

8. Soziale Situation (alleinstehend, Betreuung, Essen auf Rädern, etc.)

Diagnose dem Pat. Bekannt ja nein
Hilfen ja nein
Beratung durch den Sozialdienst ja nein

9. Prophylaxen:

Dekubitus Pneumonie Thrombose
 Kontrakturen Soor u. Parotitis Inaktivität

Maßnahmen:

10. Medikamente:

Medikamentenplan ja nein teilweise
Insulin ja nein
Insulin Name

Orale Antidiabetika ja nein

Marcumar ja nein
Unverträglichkeiten:

Allergien:



5. Sind freiheitsentziehende Maßnahmen beantragt?

- nein
 ja falls ja in welcher Art:

6. Ist eine Diät / Schonkost / Reduktionskost erforderlich?

- nein
 ja falls ja in welcher Art:

7. Besteht eine körperliche Behinderung?

- nein
 ja falls ja in welcher Art:

8. Liegen psychische Störungen vor?

- nein
 ja falls ja in welcher Art:

9. Besteht eine Sucht - Krankheit?

- nein
 ja falls ja in welcher Art:

10. Wie ist die Gemütsstimmung?

11. Treten nachts Unruhezustände auf?

12. Ist der Patient/in bettlägerig? Sonstige Hinweise

13. Liegt eine Heimnotwendigkeit vor?

- nein
 ja falls ja warum:

Ort, Datum:

Stempel:

**Unterschrift des
Arztes**



Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Ärztliches Zeugnis

Hiermit bestätige ich gemäß dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom 20. Juli 2000 das bei dem o.
a. Patienten keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer übertragbaren Krankheit einschließlich einer Lungentuberkulose vorhanden sind.

Ort, Datum	Stempel	Unterschrift des Arztes
------------	---------	-------------------------

Zur Information:

- Mit dem Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom 20. Juli 2000 wird das Bundesseuchengesetz weitreichend novelliert. Seit dem 01. Januar 2001 soll die Eigenverantwortung der Träger und Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen bei der Prävention übertragbarer Krankheiten verdeutlicht und gefördert werden.
- In § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz heißt es: Personen, die in einem Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder einer gleichartigen Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 und 1a des Heimgesetzes aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckenden Krankheit vorhanden sind.
- Konsequenz dieser Regelung ist daher, dass auch den **Träger eine Verpflichtung trifft**, den zukünftigen Bewohner auf diese Rechtslage hinzuweisen und die **entsprechenden Unterlagen vor Heimeinzug zu verlangen**. Dies resultiert auch aus der Fürsorgepflicht des Trägers gegenüber den meist rechtsunkundigen zukünftigen Bewohnern.



Name:	
Vorname:	
Geburtsdatum:	

Erklärung zur Regelung der Bestattungsangelegenheiten

- Die Beerdigung findet auf dem Heimatfriedhof in _____ statt
- Die Kosten für die Bestattung und Grabpflege sind anderweitig geklärt.

Sonstige Vereinbarungen (Bestattungsinstitut, Name des Friedhofes, Ansprechpartner, etc.)

Ort, Datum

Unterschrift



Vorsorgevollmacht¹

Ich, _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Adresse)

bevollmächtige hiermit

Frau/Herrn _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Adresse)

mich **in allen vermögensrechtlichen und persönlichen Angelegenheiten** zu vertreten. Ihre/
Seine Rechtshandlungen sollen dieselbe Wirksamkeit haben, als wenn ich sie selbst ausführen würde.

Von der Vollmacht sind insbesondere umfasst:

1. Alle finanziellen Angelegenheiten.

Dazu zählen – nur beispielhaft – das Schließen von Verträgen (auch mit sich selbst – Beispiel: Abschluss eines Pflegevertrages –), das Bezahlen von Rechnungen, Bankgeschäfte aller Art, das Stellen von Anträgen, Geltendmachen von Ansprüchen usw.

2. Alle gesundheitlichen Angelegenheiten.

Die/Der Bevollmächtigte darf in eine Untersuchung meines Gesundheitszustands, eine Heilbehandlung oder einen ärztlichen Eingriff einwilligen, auch wenn Gefahr besteht, dass ich dabei sterbe oder einen schweren, länger dauernden gesundheitlichen Schaden erleide. Die/Der Bevollmächtigte ist auch zur Entscheidung über Anwendung und Abbruch lebensverlängernder Maßnahmen (wie z. B. künstliche Ernährung) befugt. Die/der Bevollmächtigte soll dabei meine Wünsche gegenüber Ärzten und Einrichtungen – so wie in meiner Patientenverfügung vom _____ niedergelegt – durchsetzen.

3. Bestimmung des Aufenthalts und Wohnungsangelegenheiten, einschließlich Kündigung und Auflösung der bisherigen Wohnung.

Die/Der Bevollmächtigte ist auch befugt, über eine Unterbringung in einer geschlossenen Einrichtung sowie andere freiheitsbeschränkende Maßnahmen (z. B. Bettgitter, Bauchgurt, Beruhigungsmittel) zu entscheiden.

4. Vertretung in allen gerichtlichen und behördlichen Verfahren.

5. Die/der Bevollmächtigte ist befugt meine sämtliche Post entgegenzunehmen und zu öffnen.

Als weitere Bevollmächtigte/ Bevollmächtigten bevollmächtige ich für den Verhinderungsfall
Frau/Herrn _____
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Adresse)

Diese Vollmacht ist ab sofort ohne Einschränkungen und Bedingungen wirksam. Die Bevollmächtigung wird durch Vorlage der Originalvollmacht nachgewiesen. Weitere Voraussetzungen bestehen für eine wirksame Vertretung gegenüber Dritten nicht. Meine Vereinbarung mit der/dem Bevollmächtigten, von der Vollmacht nur in dem Fall Gebrauch zu machen, dass ich meine Angelegenheiten krankheits- oder altersbedingt nicht selbst erledigen kann, gilt nur im Innenverhältnis zwischen der/dem Bevollmächtigten und mir.

Die Vollmacht soll bestehen bleiben, wenn ich **geschäftsunfähig** werde. Sie soll auch über meinen Tod hinaus in Kraft bleiben.

(Ort, Datum) (Unterschrift der/des Vollmachtgebers/in)

1 Entwurfsvorschlag einer Vorsorgevollmacht, abgestimmt vom Amtsgericht Cloppenburg (Betreuungsgericht), Betreuungsstelle des Landkreises Cloppenburg und Betreuungsverein Cloppenburg e.V. Die Bestandteile dieser Bevollmächtigung können geändert oder ggelassen bzw. weitere Bestandteile hinzugefügt werden.
-Stand: Februar 2010-