

# Aufnahmeantrag

Ich beantrage die

stationäre Aufnahme mit Wirkung vom \_\_\_\_\_

Aufnahme für Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege  
in der Zeit vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Pflegeeinrichtung „Am Grünhain“

Pflegeeinrichtung „Rosa Luxemburg“

Pflegeeinrichtung „Am Mühlgraben“

Pflegeeinrichtung „Seniorenhaus Brunnenau“

Pflegeeinrichtung „Am Stadtwald“

Hospiz „Gezeiten“

„Pflegehotel Stralsund“

Einzelzimmer

Zweibettzimmer

Name: \_\_\_\_\_ geborene: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

wohnhaft in: (PLZ) \_\_\_\_\_ (Ort) \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

(Straße, Hausnummer)

derzeitiger Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

(PLZ) \_\_\_\_\_ (Ort) \_\_\_\_\_

(Straße, Hausnummer)

Bei Krankenhausaufenthalt – Station: \_\_\_\_\_

– voraussichtlicher Entlassungstermin: \_\_\_\_\_

Krankenkasse/Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer bei der Krankenkasse.: \_\_\_\_\_

Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon) \_\_\_\_\_

Pflegedienst (Name, Anschrift, Telefon) \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ höherer Pflegegrad beantragt  ja  nein

Meine nächsten Angehörigen sind:

(Bitte geben Sie Namen, Verwandtschaftsgrad, Anschrift und Telefonnummer an! Optional E-Mail-Adresse)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bevollmächtigter/ Bevollmächtigte: \_\_\_\_\_

(Name, Anschrift, Telefon)

Betreuer/Betreuerin: \_\_\_\_\_

oder Betreuung beantragt: \_\_\_\_\_

(Name, Anschrift, Telefon)

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

**Ärztliche Diagnosen**

Mitgabe Medikamentenplan: \_\_\_\_\_

gehörlos  ja  nein  
 phys. schwerstbeschädigt  ja  nein  
 blind  ja  nein  
 psych. geschädigt  ja  nein  
 Dialysepatient  ja  nein  
 Dauerausscheider  ja  nein  
 ansteckende Krankheiten  ja  nein  
 (z. B. MRSA, MRGN)

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Besonderheiten  ja  nein  
 (z. B. Suizidgefährdung, Abhängigkeit)

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Besondere Hilfsmittel  ja  nein  
 (z. B. Dekubitusmatratzen)

Wenn ja welche? \_\_\_\_\_

Gibt es Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose (nach § 36 IfSG)  ja  nein

Diabetiker  ja  nein  
 PEG  ja  nein  
 Heimbeatmung  ja  nein  
 Sauerstoff  ja  nein

Wenn ja welche Darreichungsform?

Konzentrator  
 Sauerstoffflasche

Port  ja  nein

zur

Chemotherapie  
 Ernährung  
 Schmerztherapie

Fixierung  ja  nein

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Stempel / Unterschrift des Arztes \_\_\_\_\_

**Hinweise des Sozialarbeiters zur Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung - Barthelindex**

Essen	Unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck	<input type="checkbox"/> 10
	Braucht etwas Hilfe, z. B. Fleisch oder Brot schneiden	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
Bett-(Rollstuhl-) Transfer	Selbstständig ohne fremde Hilfe	<input type="checkbox"/> 15
	Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
Waschen	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen, Zähneputzen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig bei o. g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe z. B. wegen unzureichenden Gleichgewichts, oder bei der Kleidung/Reinigung	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
Baden	Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig bei o. g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
Gehen auf Flurebenen bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	<input type="checkbox"/> 15
	Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m weit gehen	<input type="checkbox"/> 10
	Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig bedienen, auch Ecken und an den Tisch heranfahren, min. 50 m	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig bei Gehen oder Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/> 0
Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe nicht eine Treppe steigen	<input type="checkbox"/> 0
An- und Auskleiden	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett- oder Bruchband)	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe, kann aber 50 % der Tätigkeit selbst	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
Urinkontrolle	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/Cystofix	<input type="checkbox"/> 10
	Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent	<input type="checkbox"/> 5
	Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 0
Stuhlkontrolle	Ständig kontinent	<input type="checkbox"/> 10
	Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent	<input type="checkbox"/> 5
	Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 0

Summe Barthelindex \_\_\_\_\_

Ort, Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des Sozialarbeiters \_\_\_\_\_