

Aufnahmeantrag

Ich beantrage die

- stationäre Aufnahme mit Wirkung vom _____
- Aufnahme für Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege
- Aufnahme für hospizliche Tagespflege

in der Zeit vom _____ bis _____

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung „Am Grünhain“ | <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung „Rosa Luxemburg“ |
| <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung „Am Mühlgraben“ | <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung „Seniorenhaus Brunnenau“ |
| <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung „Am Stadtwald“ | <input type="checkbox"/> Hospiz „Gezeiten“ |
| <input type="checkbox"/> „Pflegehotel Stralsund“ | |
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer |

Name: _____

Vorname: _____

geboren am: _____

wohnhaft in: (PLZ) _____ (Ort) _____ Telefon: _____
(Straße, Hausnummer) _____

derzeitiger Aufenthaltsort: _____
(PLZ) _____ (Ort) _____
(Straße, Hausnummer) _____

Bei Krankenhausaufenthalt – Station: _____
– Entlassungstermin: _____

Krankenkasse/Pflegekasse: _____

Versichertennummer bei der Krankenkasse.: _____

Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon) _____

Pflegedienst (Name, Anschrift, Telefon) _____

Pflegegrad: _____ höherer Pflegegrad beantragt ja nein

Bitte folgende Kontaktperson(en) benachrichtigen:

(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	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Diabetiker	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
phys. schwerstbeschädigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	PEG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
blind	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	invasive Beatmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
psych. geschädigt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sauerstoff	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Dialysepatient	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Wenn ja welche Darreichungsform?	
Dauerausscheider von Krankheitserregern	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Konzentrator	
ansteckende Krankheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Sauerstoffflasche	
(z. B. MRSA, MRGN, Clostr. Diff.)		Port	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja welche?	_____	zur	
Besonderheiten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Chemotherapie	
(z. B. Suizidgefährdung, Abhängigkeit)		<input type="checkbox"/> Ernährung	
Wenn ja welche?	_____	<input type="checkbox"/> Schmerztherapie	
Besondere Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Fixierung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
(z. B. Dekubitusmatratzen)			
Wenn ja welche?	_____		
Gibt es Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Lungentuberkulose (nach § 36 IfSG)			

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