**Aufnahmeantrag**

Ich beantrage die

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

Aufnahme für Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege

Aufnahme für hospizliche Tagespflege

in der Zeit vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pflegeeinrichtung „Am Grünhain“  Pflegeeinrichtung „Rosa Luxemburg“

Pflegeeinrichtung „Am Mühlgraben“  Pflegeeinrichtung „Seniorenhaus Brunnenaue“

Pflegeeinrichtung „Am Stadtwald“  Hospiz „Gezeiten“

„Pflegehotel Stralsund“

Einzelzimmer  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

**Ärztliche Diagnosen** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

gehörlos  ja  nein Diabetiker  ja  nein

phys. schwerstbeschädigt  ja  nein PEG  ja  nein

blind  ja  nein invasive Beatmung  ja  nein

psych. geschädigt  ja  nein Sauerstoff  ja  nein

Dialysepatient  ja  nein Wenn ja welche Darreichungsform?

Dauerausscheider von Krankheitserregern  ja  nein  Konzentrator

ansteckende Krankheiten  ja  nein  Sauerstoffflasche

(z. B. MRSA, MRGN, Clostr. Diff.) Port  ja  nein

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

Besonderheiten  ja  nein  Chemotherapie

(z. B. Suizidgefährdung, Abhängigkeit)  Ernährung

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

Besondere Hilfsmittel  ja  nein Fixierung  ja  nein

(z. B. Dekubitusmatratzen)

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

Gibt es Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen  ja  nein

Lungentuberkulose (nach § 35 Absatz 5 IfSG)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Stempel / Unterschrift des Arztes

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

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

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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des Sozialarbeiters