**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