

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

Name: _____ Vorname: _____

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	☐ Konzentrador	
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-) Transfer	Selbstständig ohne fremde Hilfe	☐ 15
	Mit Unterstützung	☐ 5
	Nicht möglich	☐ 0
Waschen	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen, Zähneputzen	☐ 5
	Nicht selbstständig bei o. g. Tätigkeiten	☐ 0
Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)	☐ 10
	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- ebenen bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	☐ 15
	Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m weit gehen	☐ 10
	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
Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	☐ 10
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	☐ 5
	Nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe nicht eine Treppe steigen	☐ 0
An- und Auskleiden	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett- oder Bruchband)	☐ 10
	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