

**ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME / KURZZEITPLFEGE
IN DER LANDRESIDENZ ALGERMISSEN**

Name, Vorname: _____ Geb.-Name: _____
Geb.-Datum: _____ Geb.-Ort: _____
Fam.-stand: _____ Konfession: _____
Straße, Ort, PLZ: _____
Derzeitiger Aufenthalt: _____

Patientenverfügung: ja nein
Betreuung-Name: _____
Anschrift u. Tel.: _____
Wirkungskreis: _____

Angehörige: Name: _____
Str., PLZ, Ort: _____ Tel.privat: _____
Verw.Grad: _____ Tel. dienstl.: _____

Name: _____
Str., PLZ, Ort: _____ Tel.privat: _____
Verw.Grad: _____ Tel. dienstl.: _____

Name: _____
Str., PLZ, Ort: _____ Tel.privat: _____
Verw.Grad: _____ Tel. dienstl.: _____

Hausarzt: Name: _____ Tel.: _____
Str., PLZ, Ort: _____
Apotheke: Kolping Hirsch andere

Krankenkasse/Pflegekasse: _____
Sachbearbeiter: _____ Tel.: _____
Pflegestufe z.Z.: _____ Höherstufung beantragt: ja nein
Rp.-Geb.-Befreiung: ja, bis zum _____ nein
Schwerbehinderung: _____ Grad: _____

Regelungen im Todesfall: Erdbestattung Feuerbestattung
Bestattungsinstitut: _____
Sterbebegleitung gewünscht: ja nein

Zimmerwunsch: Einzelzimmer Doppelzimmer Zi-Nr.: _____
besondere Wünsche: _____

Datum der Anmeldung: _____

Termin zur Aufnahme: _____

*Medizinisch-pflegerischer Fragebogen zur Heimaufnahme in der
Landresidenz Algermissen*

Diagnosen / psychische Besonderheiten:

- Inkontinenz Urin
- Inkontinenz Stuhl

Ermittlung des Hilfebedarfes:

Bemerkungen:

- beim Waschen
- beim Baden und Duschen
- bei der Mund- und Zahnpflege
- beim Kämmen und Rasieren
- bei der Blasen- und Darmentleerung

- mundgerechte Vorbereitung der Nahrung
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
- Sondenkost erforderlich
- Diätkost erforderlich

- beim Aufstehen / Zubettgehen
- beim An- und Auskleiden
- beim Stehen
- beim Gehen
- beim Treppensteigen
- Verlassen /Wiederaufsuchen des Wohnraumes

Folgende Hilfsmittel sind vorhanden:

- Brille
- Hörgerät
- Gehstock
- Gehwagen
- Rollator
- Rollstuhl
- Orthopädische Schuhe
- Lagerungsartikel
- Anti-Decubitusmatratze
- Zahnprothese teilweise oder voll
