

*Sehr geehrte Interessentin,
Sehr geehrter Interessent,*

mit dieser Informationsmappe möchten wir Sie über unser allgemeines Leistungsangebot informieren.

Bitte sprechen Sie uns an, wenn Sie weitere Fragen haben. Wir helfen Ihnen gerne weiter.

Die Seniorenresidenz Alpenpanorama GmbH nahm 2003 ihre Aufgabe als Pflegehaus auf und ist seither stetig gewachsen. In unserer Einrichtung werden sowohl Kurzzeitpflegeplätze, als auch Langzeitpflegeplätze angeboten. Ebenso ist eine Tagesbetreuung in unserer Einrichtung möglich, welche von Montag bis Sonntag in der Zeit von 8.00 Uhr bis 17.00 Uhr angeboten wird. Gesonderte Informationen hierzu können angefragt werden.

Die Seniorenresidenz Alpenpanorama befindet sich in zentraler Lage des über 1000 m hochgelegenen, heilklimatischen Kurortes Höchenschwand. Neben dem Hauptgebäude, welches sich auf 4 Etagen, mit insgesamt 80 Einzelzimmern erstreckt, wurde 2014 der Anbau mit 23 weiteren Komfortzimmern eröffnet. Unsere Einrichtung bietet ausschließlich Einzelzimmer an, welche neben der Standardausstattung mit Pflegebett, Kleiderschrank, Schreibtisch, Tisch und Stuhl, über einen Balkon und einer separaten Nasszelle mit Toilette verfügt. Langzeitpflegegäste haben bei uns die Möglichkeit, ihr Zimmer nach eigenen Wünschen und Bedürfnissen einzurichten, um sich die persönliche Note des eigenen Heimes zu bewahren. Ebenso sind alle Zimmer mit einem Telefonanschluss ausgestattet und der Zugang zum Internet ist über WLAN möglich. Sollten Sie diesen Service nutzen wollen, so beachten Sie bitte diese Punkte bei der Antragstellung oder sprechen Sie uns an.

Weiterhin stehen Gemeinschaftsräume, zur Begegnung und Teilnahme am Gemeinschaftsleben, zur Verfügung. Dazu gehören ein Speisesaal, ein Aktivierungs- und Beschäftigungsraum sowie ein Gymnastikraum. Das Foyer, welches mit großen Glasfronten ausgestattet ist, lädt zum gemütlichen Beisammensein ein. Bei schönem Wetter haben unsere Bewohner die Möglichkeit sonnige Nachmittage auf angrenzender Grünfläche zu genießen.

Die angebotenen Mahlzeiten werden nach ernährungswissenschaftlichen Grundlagen in Absprache mit unseren Bewohnern, Servicemitarbeitern, einer Diätassistentin und Ernährungsberaterin zubereitet und angeliefert. Diese werden in der „Oase“; dem Speisesaal; serviert. Bei Krankheit oder Behinderung wird auf spezielle und individuelle Bedürfnisse Rücksicht genommen. Das Tagesmenü besteht aus vier Hauptmahlzeiten. Zwischenmahlzeiten werden auf Wunsch oder bei Bedarf, wie z. B. Diabetes, ebenfalls angeboten. Täglich steht frisches Obst, je nach Jahreszeit, zur Verfügung. Unsere Menüs sind jahreszeitlich abgestimmt. Ein Beispiel für einen wöchentlichen Speiseplan ist der Mappe beigefügt.

Getränke zur Deckung des täglichen Flüssigkeitsbedarfs; wie Mineralwasser, verschiedene Säfte und Tee sind für unsere Bewohner jederzeit kostenlos erhältlich. Bei speziellen Wünschen bezüglich der Mahlzeiten, wie z. B. Art der Kostform oder Abneigungen/Allergien usw. sprechen Sie uns an, um gemeinsam optimale Lösungen zu finden.

Unser Handlungsprinzip basiert auf einer optimal ausgerichteten, bedürfnisorientierten Pflege. Das heißt, Rituale, Vorlieben und Gewohnheiten sollen, wenn möglich, beibehalten werden. Ebenso sind uns der Erhalt und die Förderung Ihrer Selbständigkeit ein Bedürfnis und die pflegerische Versorgung orientiert sich an Ihrer aktuellen Lebenssituation, am aktuellen fachlichem Wissen sowie an Ihrer Biografie. Unser Leitbild ist es, die Würde des Menschen zu bewahren und Vertrauensbeziehungen zwischen Bewohner und Angehörigen aufzubauen und zu fördern.

Bei Veränderung des Pflegebedarfs passen wir unsere Leistungen den Veränderungen an. Sollte dies dazu führen, das eine andere Pflegestufe zutrifft, unterstützen wir Sie bei der Antragstellung. Über die jeweilige Pflegestufe entscheidet die Pflegekasse entsprechend den Empfehlungen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK).

Bei einer bestehenden eingeschränkten Alltagskompetenz und einem erheblichen Bedarf an allgemeiner Beaufsichtigung und Betreuung bieten wir Ihnen zusätzliche Betreuung und Aktivierung durch speziell geschulte Mitarbeiter an. Auch hier sind individuelle und bedürfnisorientierte Förderung vorhandener Ressourcen und dessen Erhaltung unsere Arbeitsgrundlage. Dieser zusätzliche Betreuungsbedarf wird durch ihre zuständige Pflegekasse festgestellt und direkt mit dieser abgerechnet, so dass Ihnen keine weiteren Kosten entstehen. Hier ist gezielt der Antrag von Ihnen bei der Pflegekasse zu stellen. Ein Beispiel eines wöchentlichen Therapie- und Aktivierungsplanes liegt ebenfalls der Informationsmappe bei.

Sie haben die Möglichkeit, an kulturellen, religiösen und sozialen Angeboten in unserer Einrichtung teilzunehmen. So bietet unsere Einrichtung ein jährliches Sommerfest sowie ein Weihnachtsfest, diverse Konzerte und regelmäßige evangelische oder katholische Gottesdienste bzw. Messen an. Sie sind herzlich eingeladen, daran teilzunehmen.

Natürlich besteht für Sie die Möglichkeit der freien Arztwahl. Eine enge Zusammenarbeit mit Ärzten aus der unmittelbaren Umgebung ist für uns seit Jahren wichtiger Bestandteil unserer Arbeit und kann, auf Ihrem Wunsch hin, auch gern vermittelt werden. Leistungen der medizinischen Behandlungspflege werden von unseren Fachkräften entsprechend der ärztlichen Anordnung erbracht. Zusätzlich wird ein reichhaltiges Spektrum an gesundheitlicher Versorgung durch die Kooperation mit Partnerkliniken offeriert.

Die Versorgung mit Medikamenten wird durch die ortsansässige Apotheke gewährleistet und auf Wunsch von uns organisiert. Wir übernehmen die Bestellung sowie die Verwaltung und Aufbewahrung der Medikamente. Sollten Sie über eine Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse verfügen, so teilen Sie uns dies bitte mit. Ärztlich verordnete Maßnahmen zur Rehabilitation, wie z. B. Physiotherapie, Logopädie oder Lymphdrainagen werden von externen Fachkräften durch Hausbesuche in unserer Einrichtung übernommen.

Langzeitpflegegäste, welche unter einer Inkontinenz leiden, werden durch unsere Einrichtung mit angepassten Inkontinenzprodukten versorgt. Da der Zeitrahmen für Kurzzeitpflegegäste begrenzt ist, bitten wir Sie, für den Aufenthalt der Kurzzeitpflege, um Eigenversorgung mit Inkontinenzmaterial. Bei Fragen zur Produktwahl, Größe oder Eigenschaften der verschiedenen Produkte beraten wir Sie gern, aber sicher verfügen Sie über den, für den Kurzzeitpflegeaufenthalt, erforderlichen Vorrat.

Um einen reibungslosen Ablauf bei Zahlungen für Medikamente, Zahlungen für externe Behandlungen (Krankengymnastik, Logopädie) und sonstigen Zuzahlungen zu gewährleisten, bieten wir in unserer Einrichtung den Service eines sogenannten „Taschengeldkontos“ an. Hierbei handelt es sich um ein reines Bargeldkonto, welches durch den Bewohner selbst oder dessen Angehörige/Betreuer auf ein Guthaben von ca. 100,- Euro aufgefüllt wird. Von diesem Konto aus werden, je nach Bedarf, die jeweiligen Zuzahlungen geleistet und gebucht. Monatlich erhalten Sie eine Abrechnung über geleistete Zahlungen sowie die dazugehörigen Belege und den aktuellen monatlichen Kontostand. Bei Fragen bezüglich dieses Services wenden Sie sich bitte an unsere Pflegedienstleitungen. Gern helfen Sie Ihnen weiter.

Wöchentlich bieten eine Friseurin, sowie eine podologische Fußpflegerin in unserer Einrichtung ihre Dienste an, um unsere Bewohner auf Wunsch zu versorgen. Wenn Sie diese Dienstleistung in Anspruch nehmen möchten, so sprechen Sie uns an und wir vereinbaren die nächstmöglichen Termine. Auch hier besteht die Möglichkeit, das Entgelt für diese Dienstleistung über das Taschengeldkonto zu verrechnen.

Bewohnereigene Wäsche wird bei Kurzzeitpflegegästen in der Regel von Angehörigen gewaschen bzw. gereinigt. Für Langzeitpflegegäste besteht die Möglichkeit die Dienste unserer externen Wäscherei in Anspruch zu nehmen. Die Wäsche wird in unserer Einrichtung zweimal wöchentlich oder bei Bedarf durch die Wäscherei an- bzw. ausgeliefert.

Die jeweiligen Tagessätze für Einzel- oder Komfortzimmer, welche sich an dem jeweiligen Pflegebedarf (Pflegestufe) orientieren, entnehmen Sie bitte den beigefügten Preislisten. Sollten Sie zusätzliche Leistungen wünschen, so sprechen Sie uns an.

Diese Informationen sollen Ihnen einen ersten Überblick über unsere Leistungen und Angebote geben, sie ersetzen jedoch kein persönliches Gespräch oder einen Besuch vor Ort. Bei Interesse vereinbaren Sie einen unverbindlichen Termin, um offene Fragen zu beantworten und einen ersten Eindruck zu gewinnen. Wir freuen uns auf Ihren Besuch.

In diesem Sinne verbleiben wir mit herzlichsten Grüßen aus dem Dorf am Himmel.

Uwe Fritz

(Einrichtungsleitung der Seniorenresidenz Alpenpanorama GmbH)

Antragsbogen für einen Pflegeplatz in der Seniorenresidenz

Hiermit wird ein Antrag auf Einzug in das Pflegehaus, **Seniorenresidenz Alpenpanorama GmbH**, Panoramastr. 10, in 79862 Höchenschwand, gestellt.

Bitte füllen Sie nachfolgende Felder aus, damit eine korrekte Bearbeitung Ihrer Daten erfolgen kann. Nach Eingang und Bearbeitung ihres Antrages, werden wir uns schriftlich oder telefonisch mit Ihnen in Verbindung setzen.

Personendaten des Pflegeplatzsuchenden:

Nachname	Vorname	ggf. Geburtsname
Straße	PLZ/Ort	Telefon
Geburtsdatum	Familienstand	Staatsangehörigkeit
Konfession	gewünschtes Einzugsdatum (von - bis)	

Krankenkasse:

Name	Straße	PLZ/Ort
Telefon/Fax	Versicherungsnummer	
besteht eine Kostenbefreiung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <i>(falls ja, bitte Kopie beilegen)</i>		

Pflegekasse: *(falls abweichend von der Krankenkasse)*

Name	Straße	PLZ/Ort
Telefon/Fax	Versicherungsnummer	
Pflegeeinstufung ist beantragt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Bescheid liegt vor für Pflegegrad: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5		
Besteht eine eingeschränkte Alltagskompetenz: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
Falls nein, wünschen Sie dennoch eine Teilnahme an Betreuungsangeboten (Selbstzahler): <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		

Kostenträger:

komplette Selbstübernahme der Heimkosten durch den Bewohner:	O ja	O nein
Zahlt die Pflegekasse in Verbindung mit Eigenanteil:	O ja	O nein
Zahlt die Pflegekasse in Verbindung mit dem Sozialamt:	O ja	O nein
Wurde ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt:	O ja	O nein

Ehegatte, Angehörige/Ansprechpartner bzw. Kontaktpersonen:

a)

----- Name	----- Vorname	----- Verwandschaftsgrad
----- Straße	----- PLZ/Ort	----- Telefon/Fax
----- Handy	----- E-Mail	

b)

----- Name	----- Vorname	----- Verwandschaftsgrad
----- Straße	----- PLZ/Ort	----- Telefon/Fax
----- Handy	----- E-Mail	

c)

----- Name	----- Vorname	----- Verwandschaftsgrad
----- Straße	----- PLZ/Ort	----- Telefon/Fax
----- Handy	----- E-Mail	

Betreuung/Vollmacht:

besteht eine Betreuung: O ja O nein *(falls ja, bitte Kopie beifügen)*

----- Name	----- Vorname	----- Verwandschaftsgrad
----- Straße	----- PLZ/Ort	----- Telefon/Fax/E-Mail

besteht eine Patientenverfügung:	O ja	O nein	<i>(falls ja, bitte Kopie beifügen)</i>
besteht eine Vorsorgevollmacht:	O ja	O nein	<i>(falls ja, bitte Kopie beifügen)</i>
besteht ein Bestattungsvorsorgevertrag:	O ja	O nein	<i>(falls ja, bitte Kopie beifügen)</i>

Hausarzt:

----- Name des Hausarztes	----- Anschrift
----- Telefon	----- Faxnummer <i>(falls bekannt)</i>

ärztl. Diagnosen/Allergien/Infektionserkrankungen (z. B. Hepatitis, MRSA usw.):
(bitte Kopien der letzten Diagnosen/Befunde usw. beilegen)

letzter Krankenhausaufenthalt: -----

besteht eine Weg-/Heimlaftendenz O ja O nein

Wünsche und Anregungen (z. B. bei der Ernährung, Vorlieben/Abneigungen, Besonderheiten usw.)

Telefon/Internet/Fernseher:

Telefonanschluss wird gewünscht:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Anschluss ans Internet wird gewünscht:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Fernseher wird gewünscht:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

(Bitte beachten Sie, dass für die Langzeitpflege prinzipiell ein eigenes Fernsehgerät mitzubringen ist.)

Diesem vollständig ausgefüllten Antragsbogen ist folgendes beizulegen:

für die Kurzzeitpflege:

- ⤴ Urlaubsanschrift der Angehörigen/Bevollmächtigten mit Telefonnummer/Handynummer
- ⤴ alle, wie oben angegebenen Kopien und Unterlagen

für die Langzeitpflege:

- ⤴ Finanzierungsbestätigung (siehe Rückseite „Pflegesätze der Seniorenresidenz Alpenpanorama GmbH“) mit den zugehörigen Unterlagen
- ⤴ alle, wie oben angegebenen Kopien und Unterlagen
- ⤴ Biografiebogen

*Ich bin damit einverstanden, dass die gemachten Angaben, soweit sie dem Träger der Einrichtung bekannt gegeben wurden, in der EDV-Anlage gespeichert werden. Ich kann diese Einwilligung jederzeit schriftlich bei der Pflegedienstleitung widerrufen.
Mit meiner Unterschrift bestätige ich die Richtigkeit meiner Angaben.*

Ort/Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Bewohner (falls abweichend)

Biografiebogen

Sehr geehrte/r Angehörige/r,

die Biografiearbeit ist für uns ein wichtiger Bestandteil unserer täglichen Arbeit. Biografiearbeit stellt den einzelnen Menschen in den Mittelpunkt: Seine Erfahrungen, Erlebnisse, Urteile und Bilanzen werden herausgehoben und machen darauf aufmerksam, dass das Leben, das Schicksal des Einzelnen einen Wert hat und prägend wirken kann.

Grundsätzlich sind in der Lebensgeschichte eines Menschen insbesondere die Daten aus der Kindheit, Jugend und dem frühen Erwachsenenalter wichtig. Dies erklärt sich aus der Neigung des Menschen, sich mit fortschreitendem Alter aber auch bei einer beginnenden Demenzerkrankung zunehmend an die Vergangenheit zu erinnern. Wenn wir über „Daten“ aus dieser Zeit verfügen, können wir den Menschen leichter in dessen Vergangenheit und in seine Gefühlswelt begleiten.

Desto detaillierter die Angaben zu Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen erarbeitet werden, um so besser können wir in der Zeit des Einlebens in die neue Situation auf unsere Bewohner eingehen.

Auch das Wissen über einschneidende Erlebnisse oder bedeutende Lebensabschnitte in der Vergangenheit kann hilfreich sein, den Menschen in seiner Individualität und seine Reaktionen besser zu verstehen. Dies wird um so wichtiger, je weniger der/die Bewohner/Inn selbst in der Lage ist, sich sprachlich mitzuteilen und eigene Wünsche und Bedürfnisse zu äußern.

Wir bitten Sie daher, nachfolgende Fragen nach Ihrem Ermessen zu beantworten. Soweit dies möglich ist, wäre eine aktive Beteiligung des/der Bewohners/Inn anzuregen.

Diese persönlichen Daten werden von uns mit äußerster Sorgfalt und im Interesse des uns anvertrauten Bewohners vertraulich behandelt.

Bei Fragen stehen Ihnen unsere Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen gern zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Ihre Seniorenresidenz Alpenpanorama GmbH

Fragen zur Person:	
Name: _____	Vorname: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Aufgewachsen in: _____	sonstige Wohnorte: _____
Konfession: _____	_____
Kindheit und Jugend	
Name der Eltern: _____	Name der Geschwister: _____
_____	_____
Bezugsperson: <input type="checkbox"/> Mutter <input type="checkbox"/> Vater <input type="checkbox"/> beide	Heimatort: <input type="checkbox"/> Großstadt <input type="checkbox"/> Kleinstadt <input type="checkbox"/> Dorf
<input type="checkbox"/> sonstige: _____	<input type="checkbox"/> zur Miete <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> Haus
Schulbildung: _____	Rufname: _____
erlernter Beruf: _____	ausgeübter Beruf: _____
frühes Erwachsenenalter; eigene Familie und soziale Beziehungen:	
Partnerschaft: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet	haben Sie Kinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> Lebenspartner	Name/Geburtsdatum der Kinder: (falls verstorben; wann)
gibt oder gab es weitere wichtige Bezugspersonen (z. B. Freunde, Nachbarn usw.):	_____
_____	_____
wichtige persönliche Erlebnisse in dieser Zeit (z. B. Kriegserlebnisse, Verluste, persönliche Erfolge usw.):	wie würden Sie sich in dieser Zeit beschreiben: (auch mehrere Kreuze möglich)
_____	<input type="checkbox"/> kontaktfreudig <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> humorvoll <input type="checkbox"/> ruhig
_____	<input type="checkbox"/> ängstlich <input type="checkbox"/> sensibel <input type="checkbox"/> ausgeglichen
_____	damaliger Wohnort: _____
Hobbys: _____	<input type="checkbox"/> Großstadt <input type="checkbox"/> Kleinstadt <input type="checkbox"/> Dorf
	<input type="checkbox"/> zur Miete <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> Hau
spätes Erwachsenenalter/Rentenalter:	
haben Sie Enkelkinder: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	wie würden Sie sich in dieser Zeit beschreiben: (auch mehrere Kreuze möglich)
wenn ja, wie viele: _____	<input type="checkbox"/> kontaktfreudig <input type="checkbox"/> aktiv <input type="checkbox"/> humorvoll <input type="checkbox"/> ruhig
wichtige persönliche Erlebnisse in dieser Zeit	

<p>(z. B. Verluste, persönliche Erfolge usw.):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>welche Werte waren/sind Ihnen wichtig: (Pünktlichkeit, Ordentlichkeit, Zuverlässigkeit)</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Hobbys: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>O ängstlich O sensibel O ausgeglichen</p> <p>Wohnort: _____</p> <p>O Großstadt O Kleinstadt O Dorf</p> <p>O zur Miete O eigene Wohnung O Haus</p> <p>hatten Sie Haustiere: O ja O nein</p> <p>wenn ja; welche (<i>falls möglich mit Namen</i>):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>waren Sie Mitglied in Vereinen: O ja O nein</p> <p>wenn ja, welche: _____</p> <p>besuchten Sie regelmäßig Gottesdienste/Messen:</p> <p>_____</p>
---	--

Persönlichkeit:

bevorzugte Kleidung: (Farben, Material, Schmuck usw.) _____

Essen und Trinken:

<p>bevorzugte Speisen: _____</p> <p>_____</p> <p>Abneigungen: _____</p> <p>Unverträglichkeiten: _____</p> <p>Häufigkeit/Zeitpunkt der Mahlzeiten: _____</p> <p>_____</p> <p>durchschnittliche Größe/ Körpergewicht: _____ war in der letzten Zeit eine Gewichtsabnahme festzustellen: _____</p>	<p>bevorzugte Getränke: _____</p> <p>_____</p> <p>Abneigungen: _____</p> <p>Durchschnittlich wieviel Flüssigkeit pro Tag:</p> <p>O bis zu 1000 ml O bis zu 1500 ml</p> <p>weniger/mehr: _____</p> <p>Kaffee: O mit Milch O mit Zucker Tee: O mit Milch O mit Zucker Wasser: O mit Kohlensäure O ohne Kohlensäure</p>
--	--

Ruhen und Schlafen:

<p>zu welchen Zeiten gehen Sie zu Bett: _____</p> <p>_____</p> <p>zu welchen Zeiten stehen Sie auf: _____</p> <p>_____</p> <p>Mittagsruhe: O ja O nein Uhrzeit: _____</p> <p>bevorzugte Schlafpositionen: (z. B. Oberkörper hoch, Rückenlage, Seitenlage usw.)</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>Rituale beim Einschlafen: (z. B. Musik/Fernsehen, Nachtlicht, Fenster/Vorhänge geöffnet oder geschlossen usw.):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Schlaf- bzw. Einschlafschwierigkeiten: O ja O nein</p> <p>wenn ja, welche: _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---

Gewohnheiten in Bezug auf die Körperpflege:	
besondere Vorlieben: (z. B. kaltes/warmes Wasser, Seife, Bodylotion usw.) _____ _____ baden oder duschen Sie lieber und wie oft: _____ _____	Zahnprothese vorhanden: O ja O nein schlafen sie nachts mit Zahnprothese: O ja O nein sonstiges Besonderheiten: (z. B. Nass-/Trockenrasur, Haarpflege/Frisur usw.) _____ _____
Wahrnehmungen:	
Gibt es Einschränkungen beim Sehen: O ja O nein Hilfsmittel (Brille) vorhanden: O ja O nein gibt es Einschränkungen beim Hören: O ja O nein Hilfsmittel (Hörgerät) vorhanden: O ja O nein werden die Hilfsmittel akzeptiert: O ja O nein	sind Sie Rechts-/Linkshänder: _____ welche Rolle spielte Bewegung: _____ _____ bevorzugte Musik, Düfte usw. _____ _____
Lebensgewohnheiten:	
womit haben Sie sich gern beschäftigt: (z. B. Haushalt, Garten-/Heimarbeit, Spazieren, Reisen, Schwimmen, Gesellschaftsspiele usw.) _____ _____ _____	welche Themen waren interessant: (Politik, Familie, Hobbys, gesell. Themen usw.) _____ welche Medien waren von Bedeutung: (Zeitung, Fernsehen, Radio) _____ _____

Ärztlicher Fragebogen
zum Aufnahmeantrag

von Frau / Herr:

geboren am: _____

wohnhaft: _____

1. Körperliche und geistige Verfassung:

2. Frühere Krankheiten:

3. Diagnose (einschließlich Nebenbefund):

4. Gewicht: _____ kg

5. Suchten (Veralten zu Alkohol u.a.):

6. Derzeitiger psychischer Allgemeinzustand hinsichtlich Hilfebedarf:

7. Hilfebedarf bei der Grundpflege:

- selbständig
- benötigt Unterstützung / Hilfestellung
- Grundpflege muss überwiegend übernommen werden
- Grundpflege muss vollständig übernommen werden

8. Mobilität

- kann sich selbständig fortbewegen (Rollator / Rollstuhl)
- kann sich nicht mehr ohne Hilfe fortbewegen
- liegt überwiegend im Bett
- ist fest bettlägerig
- ist massiv Sturzgefährdet
- hat eine Tendenz zum Hin- oder Weglaufen

9. Ernährung

- isst selbständig
- benötigt mundgerechte Zubereitung
- benötigt Hilfestellung bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme
- erkennt die Notwendigkeit des Essens nicht oder vergisst es
- normale Kost Diabetiker Kost pürierte Kost
- spezielle Diätkost

10. Ausscheidung

- Harnkontinent oder Harninkontinent
- Stuhlkontinent oder Stuhlinkontinent
- Dauerkatheter

11. Orientierung

- ist in der Lage, seine Wünsche und Bedürfnisse klar zu äußern ja nein teilweise
- ist örtlich orientiert ja nein teilweise
- ist situativ orientiert ja nein teilweise
- ist zur Person orientiert ja nein teilweise
- ist zeitlich orientiert ja nein teilweise
- liegt eine Weglauftendenz vor ja nein teilweise

liegt eine Selbstgefährdung vor? ja nein

liegt eine Fremdgefährdung vor? ja nein

12. Bedarf der / die Aufzunehmende einer ständigen Aufsicht?

13. Bestehen nächtliche Unruhezustände?

14. Welche Medikamente werden verabreicht?

(falls kein aktueller Arztbericht vorliegt, gerne auch als Anhang)

15. Bestehen Allergien (Medikamente oder andere)

16. Prognose

17. Besteht eine Tuberkulose:

Ja

Nein

a) Offen: _____

b) geschlossen: _____

18. Besteht eine Keimbelastung durch MRE oder andere ansteckende Krankheiten?

(z.B. MRSA, Clostridien, ESBL, Pseudomonas, Acinetobacter baumannii, HIV, Hepatitis C, usw.)

Falls ja: ergab die weiterführende Untersuchung eine Infektiosität?

19. Sonstige Anmerkungen:

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes