



THEATERRESIDENZ

Aufnahmebogen: **Vollstationär** **Kurzzeitpflege** **Service Wohnen**

Bitte vollständig ausfüllen und vor dem Einzug einreichen

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Erstgespräch mit wem: _____ wann _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: _____ **Religion:** _____ **Staatsangeh.:** _____

Angehörige / Bezugsperson Ehegatte, Kinder oder sonstige Vertrauenspersonen

Name, Vorname: Verwandtschaftsverhältnis: Anschrift / Tel.-Nr.:

1. _____

2. _____

Besteht eine Betreuung? nein Ja wenn ja, Kopie Beschluss mit Aufgabengebiet und Zeitdauer

Amtl. Betreuer/in Name _____ Tel. _____ Handy _____

Liegt eine /Vollmacht Patientenverfügung vor? nein Ja wenn ja, Kopie beifügen

Behandelnder Arzt: Name Tel. _____

Facharzt _____

Krankenkasse _____ **KV- Nr.** _____

Befreit von Zuzahlungen? ja wenn ja Ausweis beilegen nein

Besteht eine Einstufung in einen Pflegegrad durch die Pflegekasse?

nein beantragt, wann _____ ja, Pflegegrad: _____ seit wann? _____ §43b seit _____

Kostenträger:

Sozialamt Selbstzahler/Pflegekasse

Aufenthalt geplant vom / bis _____

Gewünschtes Zimmer, Nr.: _____



THEATERRESIDENZ

Folgende Unterlagen sollten beim Einzug mitgebracht werden.

- Gültige Kostenübernahmeerklärung der Krankenkasse
- Versichertenkarte
- Bewilligung des Pflegegrades, wenn vorhanden
- Vorsorge, Generalvollmacht, Patiententestament/Verfügung,
- Beschluss mit Aufgabengebiet und Zeitdauer, Kopie vom Betreuungsausweis,
- Pflegeüberleitungsbogen oder der letzte Arztbrief nach Krankenhausaufenthalt
- Aktueller Medikamentenplan, **vom Arzt unterschrieben**
- Alle Medikamente, Verbandsmaterial, Inkontinenzmaterial, verordnete Medizinprodukte ,
in Originalverpackung. mitbringen** (wenn zu Hause vorhanden)
- Welches Krankenhaus wird bevorzugt? _____
- Bei Inkontinenz/Inkontinenzmaterial oder Rezept mitbringen
- Bestattungswünsche Erdbestattung Feuerbestattung andere _____
- Bestattungsinstitut Name /Tel. _____
- Ärztlicher Fragebogen (Seite 4)vom Hausarzt oder Facharzt ausfüllen lassen,**
- Verordnungen und Rezepte vor Einzug vorlegen**
- Kopie der privaten Haftpflichtversicherung (nicht in der Kurzzeitpflege)
- Bei Servicewohnen, Mietkaution von einer Monatsmiete, bitte vor dem Einzug überweisen
- Eigene Hilfsmittel beschriften, Rollator, Rollstuhl, Brille, Brillenetui, Prothesendose
- Personalausweis
- Die Ummeldebesccheinigung sollte nach dem Einzug vorgelegt werden
- Behinderten- / Schwerbehindertenausweis
- Postverkehr an Bewohner persönlich weiterleiten
- Post an Betreuer /Angehörige wird 1x monatlich mit den Rechnungen verschickt

Die Bekleidung wird

- von den Angehörigen gewaschen
- von der Theaterresidenz (Fremdfirma) gewaschen

Benötigen Sie in Ihrem Zimmer: (KZP = nur während der Kurzzeitpflege möglich)

- Duschhocker(KZP)
- Toilettensstuhl (KZP)
- Telefon 15€ Flatrate /vollstationär
- Leihgebühr für Haustelefon 6 € monatlich (nicht bei Kurzzeitpflege)
- Rollator (KZP)
- Aufrichtebügel am Bett
- TV 1,00 € pro Tag (KZP)
- Telefon 1,00 € pro Tag(KZP) / Kautio n 20 €
- Rollstuhl(KZP)

Wünschen Sie einen Termin bei:

Fußpflege nein ja

Eigene Fußpflege / Name und Telefon

Podologe/in nein ja, möglich mit einer Verordnung nicht älter als 2 Wochen

Eigene Podologie / Name und Tel.:

Friseur nein ja

Eigener Friseur / Name und Tel.:

Physiotherapie **Verordnungen für Physiotherapie/KG mitbringen (nicht älter als 2 Wochen)**

Eigene Therapeuten/ Name und Tel.:

Ein Barbetrag für verschiedene Aktivitäten kann in der Verwaltung auf ein Taschengeldkonto eingezahlt werden.

Einen eigenen Zimmerschlüssel können Sie gegen 30€ bar-Kautio n in der Verwaltung bekommen.

Für Wertsachen und abhanden gekommene Bekleidung übernehmen wir keine Haftung!



THEATERRESIDENZ

Diese Bescheinigung muss ausgefüllt vor Einzug vorliegen

Ärztlicher Fragebogen für die Anmeldung in der Theaterresidenz

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Krankenkasse _____ Pflegegrad _____ §43b _____

Diagnosen: _____

Allergien/Unverträglichkeiten _____

Wichtige Informationen: _____

Inkontinenzartikel ja **Verordnung** ausgestellt am _____ nein

Rezept Kathederversorgung : ja letzter Wechsel am _____ nein

Zahnprothese : voll Teil

Orientierung: ja nein, wenn nein, wann und wo

Alkohol/Suchtkrankheiten nein ja

Wenn ja, welche? _____

Geistige und seelische Auffälligkeiten oder Störungen: nein ja

Wenn ja, welche _____

Liegt eine Ansteckende Krankheiten oder MRSA /ORSA-Keim vor nein ja

Wenn ja, wo? _____

Hat der Patient ansteckende Krankheiten wie im Infektionsschutzgesetz beschrieben (TBC)? nein ja

Wenn ja, welche? _____

Freiheitsentziehende Maßnahmen:

Bettgitter

Bauchgurt Rollstuhl

Bauchgurt Bett

Bettgitter

Stecktisch

Bettgitter auf eigenen Wunsch ja

Ort und Tag der Untersuchung

Unterschrift und Stempel des Arztes

Die Kosten der Untersuchung werden nicht durch die Theaterresidenz erstattet.



THEATERRESIDENZ

Um eine individuelle Pflege zu gewährleisten, bitten wir Sie einige Fragen zum Hilfebedarf und zur Biographie zu beantworten.

Bewegung:

- gehfähig ohne Hilfe Treppensteigen möglich ja nein
 gehfähig mit Hilfe
 Rollstuhl/Rollator bettlägerig gelähmt
 in der Bewegung eingeschränkt weil: _____

O Freiheitsentziehende Maßnahmen, welche? (Bitte den Beschluss oder die Einverständniserklärung vorlegen) _____

Stürze:

- Leiden Sie an Schwindelanfällen? O nein O ja
Sind Sie in den letzten vier Wochen gestürzt? O nein O ja
Wenn ja, wie oft? O 1x O 2x O 3x O öfter
Haben Sie sich bei einem Sturz ernstlich verletzt? O nein O ja
Wenn ja, welche Verletzungen hatten Sie: _____

Brauchen Sie Medikamente zum Einschlafen: O ja O nein O nicht immer
wenn ja welche?

Haben Sie Hilfsmittel:

- Brille PEG
 Hörgerät Sonde
 Zahnprothese Antidekubitus Matratze
 Rollator Dauerkatheter
 Rollstuhl sonstige: _____

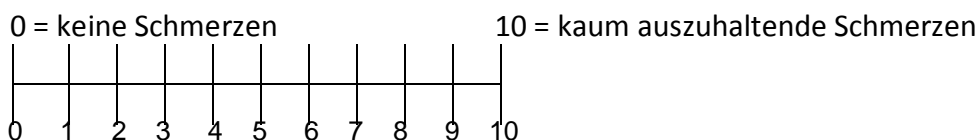
Brauchen Sie Hilfe beim:

- Essen / Trinken Aufstehen / Zubettgehen
 Waschen / Baden Frisieren / Rasieren
 An- und Auskleiden Benutzen der Toilette
 sonstiger Hilfebedarf: _____

Schmerzen:

Haben Sie oft / ständig Schmerzen? O nein O ja
Wenn ja, bitte geben Sie an, wo sich der Schmerz befindet: _____

und wie stark Sie den Schmerz im Durchschnitt empfinden:



Nehmen Sie regelmäßig Schmerzmedikamente? O nein O ja, welche _____

Nehmen Sie noch weitere Rezeptfreie Medikamente (z. B. Abführmittel) _____



THEATERRESIDENZ

Ernährung:

Mit zunehmendem Alter nimmt die Ernährung eine zentrale Bedeutung im Leben des Menschen ein. Aus diesem Grund möchten wir Ihnen eine Ihren Wünschen und Bedürfnissen entsprechende Ernährung anzubieten. Daher bitten wir Sie die nachfolgenden Fragen möglichst genau zu beantworten.

Gewicht _____ kg

Größe _____ cm

Dieses Kästchen wird von Ihren zukünftigen Pflegekräften ausgefüllt:

BMI: _____

Hdz. _____

Haben Sie in den letzten 3 Monaten an Gewicht verloren? nein ja

Wenn ja, wie viel kg? _____

Haben Sie einen verminderten Appetit? nein ja

Haben Sie ein Problem beim Kauen? nein ja

Haben Sie ein Problem beim Schlucken? nein ja

Waren Sie in den letzten 3 Monaten krank oder hatten Sie Stress? nein ja

Essen Sie täglich einmal Milchprodukte? nein ja

Haben Sie bis jetzt allein und unabhängig gelebt? nein ja

Nehmen Sie mehr als 3 Medikamente? nein ja

Essen Sie regelmäßig 3 Hauptmahlzeiten? nein ja

Essen Sie täglich Fleisch, Fisch und Geflügel? nein ja

Essen Sie täglich frisches Obst? nein ja

Essen Sie ein bis zweimal wöchentlich Hülsenfrüchte oder Eier? nein ja

Wie viel trinken Sie pro Tag? (Kaffee, Tee, Wasser, Saft, Bier, Wein) weniger als 3 Gläser/Tassen
 3 bis 5 Gläser/Tassen
 mehr als 5 Gläser/Tassen

Können sie Sich Ihre Mahlzeiten selbst mundgerecht zubereiten? nein ja

Können Sie die Mahlzeiten alleine essen? nein ja mit Hilfe

Glauben Sie, dass Sie gut ernährt sind? nein ja

Welches sind Ihre Lieblings Speisen und Lieblingsgetränke? _____



THEATERRESIDENZ

Biografie

Bewohner Name, Vorname: _____

Letzter Beruf: _____

Interessen (Handwerkliches, Lesen, Reisen, Familie, Hobbys u.s.w.):

Musikrichtungen (Klassisch, Pop, Schlager): _____

Gewohnheiten, Vorlieben und Empfindlichkeiten: _____

Wichtige Informationen, zum Lebenslauf / schwierige Lebensphasen, über die der Bewohner nicht sprechen möchte, alles was uns hilft, den Bewohner besser kennenzulernen

Besondere Wünsche im Krankheits- oder Sterbefall:

Ist eine Hospiz-Begleitung gewünscht? nein ja vielleicht

Andere Wünsche: _____

Datum

Unterschrift Bewohner/Bevollmächtigter