

## Anmeldung zur stationären Aufnahme

- beschützter Wohnbereich  
 offener Wohnbereich  
 1- Bett Zimmer     2- Bett Zimmer  
 **Kurzzeitpflege**            von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_  
 **Vollstationäre Pflege**    ab \_\_\_\_\_     sobald als möglich

Zur bisherigen Dauer des Bezuges von Leistungen der vollstationären Dauerpflege teilt der Bewohner mit, dass

- er bislang noch keine Leistungen erhalten hat  
 er bislang seit \_\_\_\_\_ (bitte Datum / Beginn der vollstationären Pflege eintragen)  
 für \_\_\_\_\_ (begonnene) Kalendermonate Leistungen erhalten hat  
(zu erfragen bei der zuständigen Pflegekasse)

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Tel 06281 56 24 20  
Fax 06281 56 24 25 67  
[galda-haus@jd-regiocare.de](mailto:galda-haus@jd-regiocare.de)

Angehörige und / oder nahe stehende Personen:

Verwandtschafts- grad:	Vor- und Nachname:	Anschrift:	Telefon/Email

Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_

Ist eine notariell beglaubigte Vorsorgevollmacht vorhanden?  ja  nein

Besteht eine gesetzliche Betreuung für Vermögensangelegenheiten, Gesundheitsvorsorge, Aufenthaltsbestimmungsrecht und Postangelegenheiten?

Name des Betreuers oder Bevollmächtigten: \_\_\_\_\_

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?  ja  nein

Aktueller Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Ist ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt?  ja  nein

Krankenkasse / Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ Rezeptgebührenbefreiung:  ja  nein

Anschrift + Telefon- und Fax-Nummer: \_\_\_\_\_

Andere Zuschüsse / Einkünfte:

Beihilfeansprüche (z. B. Beamte) von woher? \_\_\_\_\_

Tel 06281 56 24 20  
Fax 06281 56 24 25 67  
[galda-haus@jd-regiocare.de](mailto:galda-haus@jd-regiocare.de)

sonstige Leistungsansprüche zur Pflege: \_\_\_\_\_

Sozialhilfe

Wurde bereits ein Antrag auf Sozialhilfe im Rahmen der "Hilfe zur Pflege" (BSHG § 68 / § 69) gestellt?  ja  nein

Wenn ja, bei welchem Sozialamt? \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis:  nein  ja: \_\_\_\_\_ %

**Pflegeinformationen/Hilfebedarf:**

Besonderheiten bei der Pflege und Versorgung, Verhaltensbesonderheiten, aktuelle Schwierigkeiten, Suchterkrankungen, Behinderungen:

---

---

Allergien/ Nahrungsmittelunverträglichkeiten?  ja  nein  
Wenn "Ja" – welche?

---

Diagnosen (falls bekannt):

---

---

Wichtige relevante Diagnosen:

- HIV/ AIDS
- Tuberkulose/ TBC
- Hepatitis
- MRSA
- MRGN
- VRE
- Verhaltensauffälligkeiten → welche: \_\_\_\_\_
- Sonstige Infektionen: \_\_\_\_\_

Tel 06281 56 24 20  
Fax 06281 56 24 25 67  
[galda-haus@jd-regiocare.de](mailto:galda-haus@jd-regiocare.de)

Informationen über diese Erkrankungen sind für uns sehr wichtig, da damit oft Veränderungen im Pflegealltag (v.a. bzgl. Hygienemaßnahmen) notwendig sind. Wissen wir im Vorfeld über eine entsprechende Erkrankungen Bescheid, können wir unser Personal entsprechend schulen oder ggf. notwendige Hilfsmittel (wie z.B. spezielle Handschuhe) rechtzeitig beschaffen.

Diese Erkrankungen haben **keinen** Einfluss auf eine mögliche Aufnahme!

Pflege-/Hilfebedarf

Nahrungsaufnahme: selbstständig  mundger. Zubereiten  verabreichen

Körperpflege: selbstständig  mit Unterstützung  wird übernommen

Gefähigkeit: erhalten  eingeschränkt  stark eingeschränkt  keine

Hilfsmittel: Rollator  Stock  Rollstuhl

Toilettengang: selbstständig  mit Unterstützung  nicht möglich

Kommunikation: gut  eingeschränkt  nicht möglich

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_



Welche hausärztliche Versorgung kann Ihr Hausarzt während des Aufenthalts im Helmuth Galda Haus weiter übernehmen?

- Komplette Versorgung incl. evtl. Hausbesuche,  
 telefonische Beratung, keine Hausbesuche  die Medikation (evtl. Rezepte)

keine

Wenn "keine": Die Hausärztliche Behandlung soll von folgendem Arzt übernommen

werden: \_\_\_\_\_

**Zahnmedizinische Betreuung:**

Möchten Sie von unserem kooperierenden Zahnarzt betreut werden?

ja       nein       noch nicht entschieden

**Podologische Betreuung:**

Möchten Sie von unserer kooperierenden podologischen Praxis betreut werden?

ja       nein       noch nicht entschieden

**Hausfrisör:**

Möchten Sie regelmäßig unseren Frisör in Anspruch nehmen?

ja       nein       noch nicht entschieden

**Wäschepflege:**

während einer Kurzzeitpflege wird keine Wäschepflege angeboten!!

Wir übernehmen bei **vollstationären Pflege** das Waschen der persönlichen Wäsche (sofern diese maschinen-waschbar und trocknergeeignet ist, siehe auch „Servicebroschüre“ der Firma ILSE).

Wird die Wäsche von unserem Dienstleistungsunternehmen, der Firma ILSE gewaschen, muss die Wäsche des Betroffenen gekennzeichnet werden. Dies kostet einmalig 93 €.

Wollen Sie die Leistung "Wäschepflege" in Anspruch nehmen?

ja       nein

werden Sie bereits von einem ambulanten Pflegedienst betreut     ja     nein

wenn ja: von welchem? \_\_\_\_\_

besuchen Sie bereits eine Tagespflege?     ja     nein

wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?**

---

---

Tel 06281 56 24 20  
Fax 06281 56 24 25 67  
[galda-haus@jd-regiocare.de](mailto:galda-haus@jd-regiocare.de)

**Mit meiner Unterschrift bestätige ich den Bogen wahrheitsgemäß ausgefüllt zu haben.  
Bei etwaigen Veränderungen bitten wir um unverzügliche Rückmeldung.**

\_\_\_\_\_  
**Datum, Ort**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

Tel 06281 56 24 20  
Fax 06281 56 24 25 67  
[galda-haus@jd-regiocare.de](mailto:galda-haus@jd-regiocare.de)

**Bitte bringen Sie spätestens zum Einzug mit:**

- ✓ Versichertenkarte
- ✓ Bescheid Pflegegradeinstufung
- ✓ Rezeptgebührenbefreiung
- ✓ Kopie Schwerbehindertenausweis
- ✓ Ärztliche Bescheinigung
- ✓ Arztberichte
- ✓ Pflegeüberleitungsbericht
- ✓ Impfpass
- ✓ Kopie Vorsorgevollmacht/Betreuungsverfügung
- ✓ Kopie Patientenverfügung
- ✓ Medikamente und Medikamentenplan
- ✓ Richterlicher Beschluss (falls Unterbringung im beschützten Wohnbereich)
- ✓ Formular „Wertgegenstände“
- ✓ Hilfsmittel (Gehstock, Rollator, Rollstuhl)
- ✓ Inkontinenzmaterial (bei Kurzzeitpflege)
- ✓ Anmeldung Telefon
  
- ✓ Zahnarzt:  
Patientenerhebungsbogen/Behandlungsvereinbarung/ Zahnärztlicher  
Aufnahmebogen für Bewohner in Pflegeeinrichtungen
  
- ✓ Wäscheservice:  
Anmeldung/Einverständniserklärung/Erklärung zur Durchführung von  
Näharbeiten
  
- ✓ Anmeldung Fußpflege
- ✓ Anmeldung Frisör

**Vielen Dank!**  
**Ihr Helmuth Galda Haus**