



Helmuth Galda Haus

Tel 06281 56 24 20
Fax 06281 56 24 25 67
galda-haus@jd-regiocare.de

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: _____

Dokument:	Datum:	Seiten:	Sachstand:	Verantwortlich:	Freigabe:	Gültig bis:
U1.3	20.01.2017	Seite 1 von 7	03,20220728	PDL	HL	28.07.2027



Helmuth Galda Haus

Tel 06281 56 24 20
Fax 06281 56 24 25 67
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: _____

Dokument:	Datum:	Seiten:	Sachstand:	Verantwortlich:	Freigabe:	Gültig bis:
U1.3	20.01.2017	Seite 2 von 7	03,20220728	PDL	HL	28.07.2027



Helmuth Galda Haus

Tel 06281 56 24 20
Fax 06281 56 24 25 67
galda-haus@jd-regiocare.de

Andere Zuschüsse / Einkünfte:

- Beihilfeansprüche (z. B. Beamte) von woher? _____
- 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):

Dokument:	Datum:	Seiten:	Sachstand:	Verantwortlich:	Freigabe:	Gültig bis:
U1.3	20.01.2017	Seite 3 von 7	03,20220728	PDL	HL	28.07.2027

C:\Users\79000051\AppData\Local\Microsoft\Windows\NetCache\Content.Outlook\6A1ZAFS\Anmeldung zur Aufnahme_JD.doc



Helmuth Galda Haus

Tel 06281 56 24 20
Fax 06281 56 24 25 67
galda-haus@jd-regiocare.de

Wichtige relevante Diagnosen:

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

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: _____

Dokument:	Datum:	Seiten:	Sachstand:	Verantwortlich:	Freigabe:	Gültig bis:
U1.3	20.01.2017	Seite 4 von 7	03,20220728	PDL	HL	28.07.2027



Helmuth Galda Haus

Tel 06281 56 24 20
Fax 06281 56 24 25 67
galda-haus@jd-regiocare.de



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 !!

Dokument:	Datum:	Seiten:	Sachstand:	Verantwortlich:	Freigabe:	Gültig bis:
U1.3	20.01.2017	Seite 5 von 7	03,20220728	PDL	HL	28.07.2027



Helmuth Galda Haus

Tel 06281 56 24 20
Fax 06281 56 24 25 67
galda-haus@jd-regiocare.de

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?

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

Datum, Ort

Unterschrift

Dokument:	Datum:	Seiten:	Sachstand:	Verantwortlich:	Freigabe:	Gültig bis:
U1.3	20.01.2017	Seite 6 von 7	03,20220728	PDL	HL	28.07.2027

Helmuth Galda Haus

Tel 06281 56 24 20
Fax 06281 56 24 25 67
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

Dokument:	Datum:	Seiten:	Sachstand:	Verantwortlich:	Freigabe:	Gültig bis:
U1.3	20.01.2017	Seite 7 von 7	03,20220728	PDL	HL	28.07.2027