



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: _____



Angehörige und / oder nahestehende Personen:

Verwandtschaftsgrad:	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? _____



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):

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



Johannes-Diakonie
RegioCare

Helmuth Galda Haus
Tel.: 06281 56 24 20
Fax: 06281 56 24 25 67
Email: helmuth-galda-haus@jd-regiocare.de

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:

Wir übernehmen im **vollstationären Bereich** (während einer Kurzzeitpflege nicht) üblicherweise das Waschen der persönlichen Wäsche (sofern diese maschinenwaschbar 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 70 €.

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?



Johannes-Diakonie

RegioCare

Helmuth Galda Haus

Tel.: 06281 56 24 20

Fax: 06281 56 24 25 67

Email: helmuth-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