



## Qualitätsmanagementhandbuch

### B.1.2. Anmeldung Pflegeplatz

**Pflegewohnpark Haus Weißensee GmbH & Co.KG**

Promenade 2 99631 Weißensee

Telefon: 036374 3601-0 Telefax: 036374 3601-11

Email: [info@pflgewohnpark-weissensee.de](mailto:info@pflgewohnpark-weissensee.de) www: <https://www.pflgewohnpark-weissensee.de>

**vollstationäre Pflege**

**Kurzzeit-/Verhinderungspflege**

Zeitraum:.....

**bereits** in Anspruch genommene Tage:.....

**Name:**..... **Vorname:**.....

Geb.:.....Ort:.....Geb.-Name:.....

Anschrift:.....Fam.-Stand:.....

.....Konfession:.....

zurzeit:  zu Hause

vollstationäre Pflegeeinrichtung; Einzugsdatum:.....

Krankenhaus/Reha, voraus. Entlassungsdatum:.....

**Hausarzt:**..... **Betreuer:**.....

Anschrift:..... Anschrift:.....

Telefon:..... Telefon:.....

**Angehörige:**..... Verwandtschaftsgrad:.....

Adresse:.....

Vorsorgevollmacht:  Ja  Nein Prioritätsstufe:.....

Tel.: / E-Mail:.....

**Angehörige:**..... Verwandtschaftsgrad:.....

Adresse:.....

Vorsorgevollmacht:  Ja  Nein Prioritätsstufe:.....

Tel.: / E-Mail:.....

**Pflegegrad:**  1  2  3  4  5

Eilbegutachtung  Höherstufung beantragt, am:.....

**Kranken-/Pflegekasse:**.....

Versicherungsnummer:.....

Wird Unterstützung durch das Sozialamt bezogen/beantragt?  Ja  Nein

Inkontinenzverordnung (wenn ja, alten Anbieter kündigen!)  Ja  Nein

Zuzahlungsbefreiung für das laufende Jahr?  Ja  Nein

Dateipfad: q:\B. Pflegeorganisation\B.1. Aufnahme Bewohner\B.1.2.WS. Anmeldung Pflegeplatz.pdf			Seite 1 von 2
Erstellt am/ von: 28.02.2017/ D. Harsdorf	Bearbeitet am/ von: 11.03.2024/ D. Harsdorf	Freigabe am/ von: 12.03.2024/ M. / D. Güldner	Revision: 10

**Größe:**.....**Gewicht:**.....**Gewichtstendenz im letzten halben Jahr:**.....

<b>Selbstständigkeit</b> (bitte zutreffendes ankreuzen)	selbstständig	Überwiegend selbstständig	Überwiegend unselbstständig	unselbstständig	<b>Fähigkeit ist</b> (bitte zutreffendes ankreuzen)	Vorhanden unbeeinträchtigt	Größtenteils vorhanden	Im geringen Maße vorhanden	Nicht vorhanden
Körperpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Örtliche Orientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mund und Zahnpflege	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zeitliche Orientierung	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erinnern an wesentliche Ereignisse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Benutzen einer Toilette	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Verstehen von Sachverhalten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Einsatz von Inkontinenzmaterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Erkennen von Risiken und Gefahren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Positionswechsel im Bett	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Mitteilen von Bedürfnissen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Umsetzen in Stuhl oder Rollstuhl	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>					
<b>Häufigkeiten psychischer Bedarfslagen</b> (bitte zutreffendes ankreuzen)					<b>Vorhandene Hilfsmittel</b> (bitte zutreffendes ankreuzen)				
	Nie oder sehr selten	Selten ein- dreimal innerhalb von zwei Wochen	Häufig zwei- mehrmals wöchentlich	täglich	Rollator <input type="radio"/>				
Motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Rollstuhl <input type="radio"/>			Hörgeräte <input type="radio"/>	
Nächtliche Unruhe	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Gehhilfe <input type="radio"/>				
Abwehr von pflegerischen Maßnahmen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Brille <input type="radio"/>				
Wahnvorstellungen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Zahnersatz <input type="radio"/>				
Ängste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Vollprothese <input type="radio"/>			Teilprothese <input type="radio"/>	
Weglaufgefahr	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<b>Weiteres:</b>				

**Bekannte Diagnosen:**

.....

.....

.....

.....

**Allergien/ Unverträglichkeiten:**.....

.....

Datum:..... Unterschrift:.....

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Speicherung der erhobenen Daten bis auf Widerruf ein.