



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 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



# 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@pflegewohnpark-weissensee.de](mailto:info@pflegewohnpark-weissensee.de) www: <https://www.pflegewohnpark-weissensee.de>

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

Selbstständigkeit (bitte zutreffendes ankreuzen)					Fähigkeit ist (bitte zutreffendes ankreuzen)				
	selbstständig	überwiegend selbstständig	überwiegend unselbstständig	unselbstständig		Vorhanden unbeteiligt	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"/>					
Häufigkeiten psychischer Bedarfslagen (bitte zutreffendes ankreuzen)					Vorhandene Hilfsmittel (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"/>	Weiteres:				

**Bekannte Diagnosen:**

.....

.....

.....

.....

**Allergien/ Unverträglichkeiten:**

.....

Datum:.....

Unterschrift:.....

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Speicherung der erhobenen Daten bis auf Widerruf ein. Das Anmeldeformular wird nach Abgabe maximal 1 Jahr aufgehoben und dann nach DSGVO vernichtet, zur Aktualisierung ist ein erneutes persönliches Vorsprechen notwendig.