

**St. Stephanus Seniorenzentrum**  
**Vormaystr. 2-8**  
**56751 Polch**  
Tel.: 02654 96419 0 Fax: 02654 96419 505  
IK-Nr. 510 715 140

**Aufnahmeantrag für:**  vollstationäre Pflege  
 Kurzzeitpflege von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

1. Familienname: \_\_\_\_\_ Geborene: \_\_\_\_\_

2. Vorname: \_\_\_\_\_ weiblich  männlich

3. Geburtsdaten:

\_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ in \_\_\_\_\_

4. Familienstand:  verheiratet  geschieden  verwitwet  
 ledig

5. Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

6. bisherige Anschrift: \_\_\_\_\_  
Straße

\_\_\_\_\_ PLZ Ort Telefon

7. Angehörige: a) \_\_\_\_\_  
Name (erster Ansprechpartner) Verwandtschaftsgrad/Zugehörigkeit

\_\_\_\_\_ PLZ Ort Straße

\_\_\_\_\_ Email-Adresse Telefon

QKA 1.2 Änderungsstatus: 1	Bearbeitet von: Thomas Folz	Verantwortet von: Torsten Kraus	Freigegeben am: 15.02.2018 Inkrafttreten am: 15.02.2018	
-------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--	--

b)

Name	Verwandtschaftsgrad/ Zugehörigkeit	
PLZ	Ort	Straße
Email-Adresse	Telefon	

c)

Name	Verwandtschaftsgrad/ Zugehörigkeit	
PLZ	Ort	Straße
Email-Adresse	Telefon	

8. Betreuer gesetzlich: Ja  Nein

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Vorsorgevollmacht: Ja  Nein

Name	Anschrift	Telefon
------	-----------	---------

Patientenverfügung: Ja  Nein

Postvollmacht: Ja  Nein

9. Pflegekasse:

Anschrift	Mitgliedsnummer
-----------	-----------------

10. Von der Pflegekasse anerkannter Pflegegrad:  1  2  3  4  5

seit: \_\_\_\_\_

11. Erhalten Sie Leistungen wegen einer anerkannten eingeschränkten Alltagskompetenz

Ja  Nein

QKA 1.2 Änderungsstatus: 1.1	Bearbeitet von: Thomas Folz	Verantwortet von: Torsten Kraus	Freigegeben am: 15.02.2018 Inkrafttreten am: 15.02.2018	
------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--	--

12. Name/Anschrift  
des Hausarztes:

Name	Telefon	
PLZ	Ort	Straße

13. Fachärzte:

Name	Telefon	
PLZ	Ort	Straße

14. Ambulanter Dienst: \_\_\_\_\_

15. Kostform:      Normalkost                      Ja               Nein

bei nein welche: \_\_\_\_\_

PEG (Magensonde)      Ja               Nein

16. Größe: \_\_\_\_\_                      Gewicht: \_\_\_\_\_

17. Inkontinent                                      Ja               Nein

18. Schwerbehindertenausweis:              Ja               Nein   
Ausweis-Nr. \_\_\_\_\_

19. Arzneimittelbefreiung:                      Ja               Nein

20. Telefon gewünscht                              Ja               Nein

21. 1. Hilfsmittel: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

(z.B. Rollstuhl, Rollator, Gehstock, Sauerstoffgerät usw.)

QKA 1.2 Änderungsstatus: 1.1	Bearbeitet von: Thomas Folz	Verantwortet von: Torsten Kraus	Freigegeben am: 15.02.2018 Inkrafttreten am: 15.02.2018	
------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--	--

22. Apothekenversorgung durch die hausübliche Apotheken

(Schwanenapotheke und Marktapotheke in Polch)

Ja

Nein

wenn nein,

welche: \_\_\_\_\_

Eigenverantwortliche Besorgung durch: \_\_\_\_\_

23. Kundinnenwünsche / Zimmernummer:

---

---

---

---

Die Angaben dieses Aufnahmeantrages sind - bis auf Widerruf - verbindlich und entsprechen den Tatsachen.

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen sowie die ärztlichen Bescheinigungen liegen bei, bzw. werden umgehend besorgt.

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind, die Vormerkung erfolgt grundsätzlich erst nach Abgabe aller geforderten Unterlagen.

Anlagen Aufnahmeantrag:

- 1 Biografiebogen
- 2 Ärztlicher Fragebogen (vom Hausarzt vor Einzug ausfüllen lassen)
- 3 Ärztliches Zeugnis (vom Hausarzt vor Einzug ausfüllen lassen)
- 4 Pflegerischer Fragebogen
- 5 Ärztliches Attest (Inkontinenz)
- 6 Einwilligungserklärung Apotheke mit Entsorgungsgenehmigung Altmedikamente.
- 7 Ernährungserhebung AP3000
- 8 Information bezüglich Einbringung von Bewohnerbekleidung und Wäsche
- 9 Unterlagen zum Einzug
- 10.Erfassung Medizinprodukte

QKA 1.2 Änderungsstatus: 1.1	Bearbeitet von: Thomas Folz	Verantwortet von: Torsten Kraus	Freigegeben am: 15.02.2018 Inkrafttreten am: 15.02.2018	
------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--	--

## Anlage Aufnahmeantrag 2

### Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung der Heimaufnahme

Vor-/Zuname: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Aktuelle Diagnosen, Allergien:

---

---

Liegen Krankheiten gem. (IfSG) § 36 Abs. 4 vor:  ja  nein

Sonstige Infektionen (z.B. multiresistente Erreger):  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

Liegt ein Dekubitus/ Wunde vor  ja  nein

Wenn ja: Wo: \_\_\_\_\_

Größe: \_\_\_\_\_

Wundbehandlung: \_\_\_\_\_

Der/Die Pflegebedürftige ist:

Örtlich orientiert?:  ja  nicht immer  nein

Zeitlich orientiert?:  ja  nicht immer  nein

Nachts ruhig?  ja  nicht immer  nein

Tags ruhig?  ja  nicht immer  nein

Motorische Unruhe?  ja  nicht immer  nein

Wenn ja: Wie geäußert: \_\_\_\_\_

Gefähig?  ja  mit Hilfe  nein

Wenn mit Hilfe, welche: \_\_\_\_\_

Bettlägerig?  ja  nein

Beherrscht die Urinausscheidung?  ja  nein

Beherrscht die Stuhlausscheidung:  ja  nein

Liegen gefährliche Eigenschaften vor:  ja  nein

Wenn ja: Welche: \_\_\_\_\_

Suchtkrankheiten?  ja  nein

Wenn ja: Welche: \_\_\_\_\_

Bitte teilen Sie uns die derzeitige Medikation mit:

---

---

---

---

---

QKA 1.2 Änderungsstatus: 1.1	Bearbeitet von: Thomas Folz	Verantwortet von: Torsten Kraus	Freigegeben am: 15.02.2018 Inkrafttreten am: 15.02.2018	
------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--	--

**Anlage Aufnahmeantrag 3**

**Ärztliches Zeugnis**

Gem. § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz zur Vorlage beim Gesundheitsamt

Bei Herrn/Frau \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

liegt kein Anhalt für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose vor.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin

An das Alten- und Pflegeheim

mit der Bitte um Weiterleitung  
an das zuständige Gesundheitsamt

Urschriftlich weitergeleitet an:

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

Gesundheitsamt Mayen  
Bannerberg 6

56727 Mayen

Mit der Mitteilung, dass der/die Heimbewohner/In zum \_\_\_\_\_ in der o. g. Einrichtung aufgenommen wurde.

Stempel/ Unterschrift

QKA 1.2 Änderungsstatus: 1.1	Bearbeitet von: Thomas Folz	Verantwortet von: Torsten Kraus	Freigegeben am: 15.02.2018 Inkrafttreten am: 15.02.2018	
------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--	--

## Anlage Aufnahmeantrag 4

### Pflegerischer Fragebogen zur Anmeldung der Heimaufnahme

Vor-/ Zuname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Kostform:  Normalkost  Passierte Kost  Zuckerfreie Kost  
 Schonkost

Hilfsmittel:  Brille  Hörgerät  Zahnprothesen  
 Arm-/ Beinprothesen

Spezielle Pflegemaßnahmen:  Einreibung  Verbände

Krankensalbung:  Ja  nein

Zutreffendes bitte ankreuzen:

	S	U	VÜ	TÜ	B	A
Körperpflege						
Ernährung						
Ausscheidung						
Mobilität						
Orientierung						
Sonstige Pflege						
S= selbstständig, U= Unterstützung, TÜ= teilweise Übernahme, VÜ= vollständige Übernahme, B= Beaufsichtigung, A= Anleitung						

Letzte Mahlzeit:

---

Letzter Stuhlgang:

---

Hautstand:  ständig feucht  oft feucht  manchmal feucht  
 selten feucht  trocken

Sonstiges/ Erläuterungen (Sturzgefährdung, Flüssigkeitsmangel):

---



---



---



---

QKA 1.2 Änderungsstatus: 1.1	Bearbeitet von: Thomas Folz	Verantwortet von: Torsten Kraus	Freigegeben am: 15.02.2018 Inkrafttreten am: 15.02.2018	
------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--	--

## Anlage Aufnahmeantrag 5

<b>ÄRZTLICHES ATTEST</b> zur Notwendigkeit der Versorgung mit Inkontinenzartikeln
--

Herr/ Frau \_\_\_\_\_ geb. am \_\_\_\_\_

wohnhaft im: St. Stephanus Seniorenzentrum, Vormaystr. 2 - 8 ,  
56751 Polch

Versichert bei: \_\_\_\_\_ Vers. Nr.: \_\_\_\_\_

bedarf der Versorgung mit Inkontinenzartikeln.

### DIAGNOSE: Blasen- und/ oder Darminkontinenz

Inkontinenzartikel sind erforderlich

- im direkten Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit (Behandlung von Dekubitus oder Dermatiden).
- weil neben der Blasen- und/ oder Darminkontinenz so schwere Funktionsstörungen vorliegen, dass ohne Einsatz von Inkontinenzartikeln der Eintritt von Dekubitus oder Dermatiden droht:
  - Patient kann Harn- und/ oder Stuhlgang nicht kontrollieren
  - Patient kann sich auch nach der Ausscheidung nicht bemerkbar machen und sich deshalb vor Schäden aus längerer Einwirkung von Harn und Stuhl auf die Haut nicht bewahren.
- weil nur durch den Einsatz von Inkontinenzartikeln das allgemeine Grundbedürfnis der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben befriedigt werden kann und der Patient ggf. unter Zuhilfenahme von Mobilitätshilfen in die Lage versetzt werden kann, seine Mobilität zu aktivieren und dadurch eine von Pflegekräften nicht ständig überwachte Alltagsgestaltung vorzunehmen.

\_\_\_\_\_  
Polch, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes

QKA 1.2 Änderungsstatus: 1.1	Bearbeitet von: Thomas Folz	Verantwortet von: Torsten Kraus	Freigegeben am: 15.02.2018 Inkrafttreten am: 15.02.2018	
------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--	--



## Anlage Aufnahmeantrag 6

### Einwilligungserklärung zur Speicherung gesundheits- und arzneimittelbezogener Daten des Heimbewohners in der Apotheke

Ich bin darüber informiert, dass die Apotheke am Markt bzw. Schwanen Apotheke Leistungen anbietet, die die Erkennung und Lösung arzneimittel- und gesundheitsbezogener Probleme beinhaltet. Ziel ist es, die Arzneimitteltherapie zu optimieren und die Lebensqualität zu erhöhen. Für diesen Zweck wird die Apotheke Daten und Angaben zu meiner Medikation erfassen. Dazu gehören Daten zum Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln und der Inhalt von Beratungsgesprächen. Diese Daten ermöglichen es, mich optimal zu beraten und bei der Arzneimittelanwendung zu unterstützen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten und Angaben zu meinen Medikamenten, die dafür notwendig sind, und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Apotheke gespeichert und ausschließlich zu oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Da die Apothekerin/ der Apotheker und ihr/ sein Personal der Schweigepflicht unterliegen, werden die Daten nicht ohne meine Zustimmung weitergegeben. Sofern eine Rücksprache mit meinem behandelnden Arzt aufgrund möglicher arzneimittelbezogener Probleme nötig ist, bin ich damit einverstanden, dass meine Apothekerin/ mein Apotheker mit diesem Kontakt aufnimmt.

Selbstverständlich kann ich jederzeit kostenfrei Einsicht in oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohnerin/ Bewohner

### Entsorgungsgenehmigung

Genehmigung zur Entsorgung der Alt-Arzneimittel (Arzneimittel, die nicht mehr benötigt werden, oder abgesetzt sind, das Verfalldatum überschritten haben, oder nach dem Tod!) vom Heimbewohner.

Hiermit erteilen wir die Genehmigung zur sach- und fachgerechten Entsorgung der Alt-Arzneimittel für

Bewohner: \_\_\_\_\_

durch die zuständige Apotheke (Versorgungsapotheken des Heimes)

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohnerin/ Bewohner

QKA 1.2 Änderungsstatus: 1.1	Bearbeitet von: Thomas Folz	Verantwortet von: Torsten Kraus	Freigegeben am: 15.02.2018 Inkrafttreten am: 15.02.2018	
------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--	--




## Anlage Aufnahmeantrag 8

**Bekleidungsstücke und Textilien, die chemisch gereinigt werden müssen, werden gesondert in Rechnung gestellt.**

### Information bezüglich der Einbringung von Bewohnerbekleidung und Wäsche

In der Wäscherei können ausschließlich Kleidungsstücke gewaschen werden, die bei 30°, 40°, 60° oder 95° waschbar sind. Bitte bestücken Sie den Kleiderschrank ausschließlich mit solchen Kleidungsstücken!

**Bringen Sie bitte keine Kleidungsstücke ein, die wie folgt gekennzeichnet sind:**

- Handwäsche 
- Schonwäsche 
- oder Reinigungswäsche 

**Sortieren Sie die so gekennzeichneten Kleidungsstücke bitte aus.**

Sollten Sie versehentlich ein empfindliches Wäscheteil eingebracht haben, informieren wir Sie und legen die entsprechenden Stücke für Sie im Bewohnerzimmer zur Mitnahme nach Hause bereit.

Für bis dahin bereits versehentlich gewaschene Wäsche übernehmen wir keine Haftung.

Bitte denken Sie daran, regelmäßig die Kleidung Ihres Angehörigen auf verschlissene Stücke hin zu kontrollieren und diese zu ersetzen bzw. nähen zu lassen (z. Bsp. defekter Reißverschluss, abgerissener Knopf, offene Naht).

Hin und wieder sind Kleidungsstücke auszusortieren, da sich die Kleidergröße geändert hat. Bitte nehmen Sie die Kleidungsstücke mit, da der Kleiderschrank nur für tatsächlich genutzte Wäsche Platz bietet.

\_\_\_\_\_  
Ort/ Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohnerin/ Bewohner

QKA 1.2 Änderungsstatus: 1.1	Bearbeitet von: Thomas Folz	Verantwortet von: Torsten Kraus	Freigegeben am: 15.02.2018 Inkrafttreten am: 15.02.2018	
------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--	--

## Anlage Aufnahmeantrag 9

### Unterlagen zum Einzug

Wichtige Hinweise für neuen Bewohner!

Bitte bringen Sie folgende Unterlagen am Tag des Einzuges mit:

	Erledigt
<input type="checkbox"/> aktueller Rentenbescheid	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Einstufungsbescheid der Pflegekasse	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Krankenkasse-Chipkarte	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Befreiungsausweis (wenn vorhanden)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Abmeldebestätigung des Einwohnermeldeamtes	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Personalausweis oder Reisepass	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Kopie der Geburts- oder Heiratsurkunde	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bestellungsurkunde des Amtsgerichts oder Kopie der Vollmacht	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> 50 Euro auf das Verwahrgeldkonto einzahlen	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Medikamente + aktueller Medikamentenplan (Hausarzt)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Postnachsendauftrag	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Passfoto für Fotowand im Wohnbereich	<input type="checkbox"/>

Wir bitten Sie, die oben aufgeführten Unterlagen in der Verwaltung des Seniorenzentrums abzugeben.

Wir freuen uns auf Ihren Einzug.

QKA 1.2 Änderungsstatus: 1.1	Bearbeitet von: Thomas Folz	Verantwortet von: Torsten Kraus	Freigegeben am: 15.02.2018 Inkrafttreten am: 15.02.2018	
------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--	--

# Anlage Aufnahmeantrag 10

FORMULAR ZU MPG  
SENIORENHEIM St. Stephanus Seniorenzentrum



## Medizinproduktebuch (§7 MPBetreibV)

### Gerätestammdaten:

Bezeichnung des Medizinproduktes: _____ (DIMDI)
Genauere Gerätebezeichnung: _____
Seriennummer: _____
Hersteller / Firma : _____
Zimmernummer: _____
Mitgebracht / geliefert am : _____
Mitgebracht von : _____

### Gerätestammdaten:

Bezeichnung des Medizinproduktes: _____ (DIMDI)
Genauere Gerätebezeichnung: _____
Seriennummer: _____
Hersteller / Firma : _____
Zimmernummer: _____
Mitgebracht / geliefert am : _____
Mitgebracht von : _____

QKA 1.2 Änderungsstatus: 1.1	Bearbeitet von: Thomas Folz	Verantwortet von: Torsten Kraus	Freigegeben am: 15.02.2018 Inkrafttreten am: 15.02.2018	
------------------------------------	--------------------------------	------------------------------------	--	--