

- Johannesstift Altdorf -
Peter-Rosegger-Straße 2 • 84032 Altdorf
Telefon: 0871 93251-0 • Fax: 0871 93251-77
E-Mail: jst@diakonie-landshut.de

Aufnahmeantrag

Pflege: Vollstationär Kurzzeitpflege

Angaben zur Person:

Vor- und Zuname:

Geburtsname:

Familienstand:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

Telefon:

Staatsangehörigkeit:

Geburtsdatum:

Geburtsort:

Konfession:

Kath. Evang.

Wünschen Sie eine besondere konfessionelle Betreuung? Ja Nein

Nennen Sie uns bitte zwei Angehörige oder Bekannte, die Ihnen wichtig sind:

Name, Vorname:

Name, Vorname:

Angehörigenart:

Angehörigenart:

Straße, Nr.:

Straße, Nr.:

PLZ, Ort:

PLZ, Ort:

Telefon:

Telefon:

E-Mail:

Bevollmächtigter:

gesetzl. Betreuer:

Wer ist Ihr Hausarzt?

Name: _____ PLZ, Ort: _____
Vorname: _____ Telefon: _____
Straße, Nr.: _____ Telefax: _____
Ärztliches Attest: _____ liegt bei wird nachgereicht

Bitte nennen Sie uns Ihre zuständige Kranken- und Pflegekasse:

Mitglieds-Nr. Krankenkasse: _____ beitragsbefreit:
Straße, Nr.: _____ privat versichert:
PLZ, Ort: _____ pflichtversichert:
Telefon: _____ zusätzlich privat versich.:
Telefax: _____ Med. Zuzahlung befreit? Ja Nein
AOK BEK DAK KKH TKK Andere: _____
Erhalten Sie Leistungen aus der Pflegekasse? Ja Nein
Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung gestellt am: _____
Mitglieds-Nr. Pflegekasse: _____ Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Aufnahme:

Gewünschte Unterbringung: _____ Einbettzimmer Zweibettzimmer
Gewünschter Termin zur Aufnahme: _____ vorsorglich zum Datum
Kostenträger: _____ Selbstzahler Sozialhilfe

Sonstige Hinweise

Datum: _____ Unterschrift: _____

- Johannesstift Altdorf -
Peter-Rosegger-Straße 2 • 84032 Altdorf
Telefon: 0871 932 51-0 • Fax: 0871 932 517 7

ÄRZTLICHE BEURTEILUNG

Anlässlich der Vormerkung/Aufnahme in eine Einrichtung der stationären Altenhilfe

1. Persönliche Angaben:			
Vor- und Zuname: _____		Geburtsdatum: _____	
Straße: _____		Postleitzahl: _____ Ort: _____	
2. Besondere Gegebenheiten, Krankheiten:			
<input type="checkbox"/> Es besteht Gehfähigkeit	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Haushalt kann nicht mehr selbständig geführt werden	<input type="checkbox"/> Multiple Sklerose
<input type="checkbox"/> Treppensteigen ist möglich	<input type="checkbox"/> Blaseninkontinenz	<input type="checkbox"/> Anus praeter	<input type="checkbox"/> Epilepsie
<input type="checkbox"/> Häufige Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Diabetes mellitus	<input type="checkbox"/> Lungen Tbc <input type="checkbox"/> inaktiv <input type="checkbox"/> aktiv
<input type="checkbox"/> Ständige Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/> Mastdarminkontinenz	<input type="checkbox"/> Gicht	<input type="checkbox"/> Dauerausscheider
<input type="checkbox"/> Allergie gegen:.....	<input type="checkbox"/> sonstige Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Parkinson	
3. Lähmungen, Versteifungen, Amputationen:			
Lähmungen:	Versteifungen:	Versteifungen:	Amputationen:
<input type="checkbox"/> Halbseitenlähmung re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> Wirbelsäule re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> Knie re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> Finger re <input type="checkbox"/> li
<input type="checkbox"/> Beine re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> Schulter re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> Fuß re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> Oberschenkel re <input type="checkbox"/> li
<input type="checkbox"/> Arme re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> Ellenbogen re <input type="checkbox"/> li	Amputationen	<input type="checkbox"/> Unterschenkel re <input type="checkbox"/> li
<input type="checkbox"/> Querschnittslähmung re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> Hand/Finger re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> Arm re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> Fuß re <input type="checkbox"/> li
	<input type="checkbox"/> Hüfte re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> Hand re <input type="checkbox"/> li	<input type="checkbox"/> Zehen re <input type="checkbox"/> li
4. Orientierungsvermögen und Verhalten:			
Orientierungsvermögen:	Verhalten:	Neigung z. Weglaufen:	Gemütsstimmung:
<input type="checkbox"/> Desorientierung örtl. da <input type="checkbox"/> zw	<input type="checkbox"/> Motorische Unruhe da <input type="checkbox"/> zw	<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> freundlich da <input type="checkbox"/> zw
<input type="checkbox"/> Desorientierung zeitl. da <input type="checkbox"/> zw	<input type="checkbox"/> Depressionen da <input type="checkbox"/> zw	<input type="checkbox"/> Selbstgefährdung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> willig da <input type="checkbox"/> zw
<input type="checkbox"/> Nichterkennen von Personen da <input type="checkbox"/> zw	<input type="checkbox"/> Halluzinationen da <input type="checkbox"/> zw	<input type="checkbox"/> gemeingefährlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> vertrieblich da <input type="checkbox"/> zw
	<input type="checkbox"/> Nächtliche Unruhe da <input type="checkbox"/> zw	<input type="checkbox"/> Suizidgefahr <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> bössartig da <input type="checkbox"/> zw
5. Behinderungen und Störungen:			
Geistige Behinderung, Art: _____		Sinnesbehinderung:	<input type="checkbox"/> erblindet <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Körperliche Behinderung, Art: _____		<input type="checkbox"/> Motorische Sprachstörung	<input type="checkbox"/> schwerhörig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Sensorische Sprachstörung	<input type="checkbox"/> Hörgerät-Träger <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Eingeschränkt. Sehvermögen	<input type="checkbox"/> ertaubt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		<input type="checkbox"/> Brillenträger	
6. Suchtabhängigkeit:			
<input type="checkbox"/> Alkohol		<input type="checkbox"/> Medikamente:	
7. An Hilfsmitteln werden benutzt:			
<input type="checkbox"/> Stock	<input type="checkbox"/> Gehgestell	<input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/> Brille
<input type="checkbox"/> Krücken	<input type="checkbox"/> Krankenfahrrad	<input type="checkbox"/> Prothesen	<input type="checkbox"/> Hörgerät
8. Fremde Hilfe ist nötig beim:			
<input type="checkbox"/> Essen	<input type="checkbox"/> Baden	<input type="checkbox"/> Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/> Treppensteigen
<input type="checkbox"/> Waschen	<input type="checkbox"/> Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> Fahren im Krankenfahrrad
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/> Gehen	<input type="checkbox"/>
9. Letzte stationäre Behandlung:			
<input type="checkbox"/> Allgemeinkrankenhaus	<input type="checkbox"/> Psychiatrisches Krankenhaus, psychische Abteilung:		
Datum: _____	Ort: _____ Grund: _____		
10. Diagnosen:			
11. Medikamentöse Therapie:			
12. Ernährung:			
<input type="checkbox"/> Vollkost	<input type="checkbox"/> Zuckerdiät	<input type="checkbox"/> Leichte Kost (salzarm)	<input type="checkbox"/> Sondennahrung
13. Nachweis gemäß § 36 Abs. 4, IfSG			
<input type="checkbox"/> Der Patient ist frei von ansteckungsfähiger Tuberkulose der Atemorgane (gemäß IfSG § 36 Abs 4)			
14. Ergänzende Anmerkungen:			

Ort: _____

Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes: _____

Wir bitten um vollständige Beantwortung und Übersendung in verschlossenem Umschlag an die obenstehende Anschrift
Zutreffendes bitte ankreuzen Abkürzungen: **da**= dauernd, **re**= rechts, **li**= links, **zw**= zeitweilig
Die Angaben werden vertraulich behandelt.

- Johannesstift Altdorf -
Peter-Rosegger-Straße 2 • 84032 Altdorf
Telefon: 0871 932 51-0 • Fax: 0871 932 517 7
E-Mail: jst@diakonie-landshut.de

Erforderliche Sachen zum Einzug

Mit dem Einzug in unser Haus und der damit verbundenen räumlichen Veränderung müssen sie sich leider von vielen Sachen trennen. Um Ihnen die Auswahl der mitzubringenden Sachen zu erleichtern, haben wir eine Liste für sie zusammengestellt.

- **Unbedingt mitbringen: Krankenversicherungskarte.**
- **Bei Kurzzeitpflege außerdem: Medikamente und Inkontinenzmaterial. Die medizinische Versorgung bei Kurzzeitpflege muss mit dem Hausarzt abgeklärt sein.**

1. Kleidung (muss waschmaschinen- und trocknergeeignet sein) z. B.:

Bequeme Kleider, Röcke, Pullis, Jacken	Nachthemden/Pyjamas
Mäntel (Sommer / Winter)	Strickjacken
Unterwäsche	Kniestrümpfe
Strumpfhosen, Socken	Geschlossene Hausschuhe mit Reißverschluss
Morgenmantel	Hosen mit Gummizug

Bett- und Frotteewäsche wird vom Haus gestellt, aus organisatorisch-technischen Gründen ist es leider nicht möglich, private Bett- und Frotteewäsche zu waschen.

2. Schuhe

- Hausschuhe mit rutschfester Sohle
- Straßenschuhe

3. Hygieneartikel

- Zahnbürste, Zahnpasta, Mundwasser, für Gebissträger zusätzlich: Zahnprothesedose, Reinigungstabletten, ggf. Haftcreme
- Haarshampoo, Kamm und Haarbürste
- Nagelfeilen und -Schere, Nagelbürste
- Duschgel, Badezusatz, Deo, Waschlotion, (Bitte achten Sie auf ph-neutrale Produkte).
- Handcreme, Gesichtscreme, Körperlotion (W/O-Emulsion z.B. Nivea blau), persönliche Kosmetika (z.B. Parfüm)
- Rasierapparat, Rasierwasser oder -lotion
- Kulturbeutel und kleine Reisetasche für einen eventuellen Kur- oder Krankenhausaufenthalt

4. Möbel und Bilder

Die Einzelzimmer können mit eigenen Möbeln (Sideboard, Tisch, Sofa usw.) und Bildern wohnlich gestaltet werden. Im Doppelzimmer ist dies nur begrenzt möglich, in dem Fall berät Sie die Stationsleitung. Wertsachen sollen im Schranksafe verwahrt werden da das Heim keine Haftung dafür übernimmt.

Vielen Dank für Ihre Mühe