

Anmeldung Tagespflege, Kurzzeitpflege, Langzeitpflege

Anmeldedatum:

Name, Vorname:			
Datum ab:		bis:	
Anschrift:			
Telefonnummer:		Geburtsdatum:	
Geburtsname:		Geburtsort:	
Konfession:		Familienstand:	
Krankenkasse:		Versicherten-Nr.:	
Pflegegrad:	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5		
	☐ bereits eingestuft, seit		
	☐ Pflegegrad beantragt am		
	☐ Höherstufung beantragt am:		
Information zur SARS-CoV-2 Impfung	nicht geimpft vollständig geimpft		
Rezeptgebührenbefreiung?	☐ ja / ☐ nein		
Finanzierung:	☐ Selbstzahler / ☐ Sozialhilfe		
Unterbringungsart:	☐ Langzeitpflege / ☐ Kurzzeitpflege / ☐ Verhinderungspflege ☐ Tagespflege in _____ ☐ Betreutes Wohnen in _____		
Einrichtung:	☐ Haus Berg ☐ Christinenstift ☐ Johannesstift ☐ Haus Schunck		
Zimmer/Wohnung	☐ Einzelzimmer / ☐ Doppelzimmer;	Nummer:	

Telefon erwünscht ☐ ja ☐ nein

Wäsche: ☐ hier waschen (nur bei vollstationärer Pflege möglich)

☐ wird mitgenommen

erstellt	geprüft	genehmigt	Seite 1 von 3 Version: 9
von: Ohnesorg, Mario	von: Mackowiak, Melanie	von: Palm, Gerd	
am: 14.04.2023	am: 20.04.23	am: 25.04.2023	

Gesprächsnotiz Anmeldung Tagespflege, Kurzzeitpflege, Langzeitpflege

Wer hat angemeldet?

Bezug: _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Email: _____

Skype: _____

Weitere Personen?

Bezug: _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Email: _____

evtl. Skype: _____

☐ **Gesetzliche Betreuung** / ☐ **Bevollmächtigung**

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefonnummer: _____

Aufgabenkreise: ☐ Behördenangelegenheiten ☐ Gesundheitsvorsorge

☐ Vermögensvorsorge ☐ Aufenthaltsbestimmung

☐ Post und Fernmeldeangelegenheiten ☐ Wohnungsangelegenheiten

erstellt	geprüft	genehmigt	Seite 2 von 3 Version: 9
von: Ohnesorg, Mario	von: Mackowiak, Melanie	von: Palm, Gerd	
am: 14.04.2023	am: 20.04.2023	am: 25.04.2023	

Gesprächsnotiz Anmeldung Tagespflege, Kurzzeitpflege, Langzeitpflege

Patientenverfügung: ☐ ja ☐ nein

Vorsorgevollmacht: ☐ ja ☐ nein

Betreuungsverfügung ☐ ja ☐ nein

Wenn noch keine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vorliegt oder auch einfach bei Ängsten und Sorgen rund um die Gestaltung der letzten Lebensphase bieten die St. Gereon Seniorendienste eine Beratung für Ihre individuelle gesundheitliche Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase an.

Speziell ausgebildeten Kolleginnen und Kollegen werden Ihnen ca. 6 Wochen nach dem Einzug in unsere Pflegeeinrichtung einen Beratungstermin anbieten.

Hausarzt: ☐ Herr / ☐ Frau Dr. _____

Anschrift, Telefon: _____

Arzt während des Aufenthaltes: _____

Weitere Ärzte: ☐ Herr / ☐ Frau Dr. _____

Anschrift, Telefon: _____

Arzt während des Aufenthaltes: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Ambulante Versorgung: _____

Tagespflege: _____

Sonstiges: _____

Notiert am, vom _____

erstellt	geprüft	genehmigt	Seite 3 von 3 Version: 9
von: Ohnesorg Mario	von: Mackowiak, Melanie	von: Palm, Gerd	
am: 14.04.2023	am: 20.04.2023	am: 25.04.2023	

Fragen zur Aufnahme

Mobilität	
Essen und Trinken	
An- und auskleiden	
Körperpflege	
Kommunikation	
Kontinenz	
Kognition	
Hilfsmittel	