

**Fink. Das Zentrum für Betreuung.  
Haus Sonnenhalde  
Sonnenhalde 5  
88178 Heimenkirch**

- Haus der Betreuung**  
Untertrogen 2 ● 88171 Weiler im Allgäu  
Tel. (0 83 87) 92 07-0 ● Fax (0 83 87) 92 07-16
- Haus Eintracht**  
Langenried 17 ● 88179 Oberreute  
Tel. (0 83 87) 5 34
- Haus St. Elisabeth**  
Schüttentobel 12 ● 88167 Grünenbach  
Tel. (0 83 83) 92 02-0 ● Fax (0 83 83) 92 02-16
- Haus Sonnenhalde**  
Sonnenhalde 5 ● 88178 Heimenkirch  
Tel. (0 83 81) 92 45-0 ● Fax (0 83 81) 92 45-16

<b>Heimaufnahmebogen für Frau/Herr</b> Name⇒ _____	
<b>• Stammdaten</b>	
Vorname ⇒ _____	Geburtsdatum⇒ _____
Geburtsname ⇒ _____	Geburtsort⇒ _____
derzeitige Anschrift⇒ _____	
Familienstand⇒ _____	Nationalität⇒ _____ Konfession⇒ _____
<b>• Aufnahmeinformation</b> Pflegebereich <input type="checkbox"/> Wohnbereich <input type="checkbox"/> Aufnahmezeitraum _____	
<b>• Betreuer</b> amtlich bestellt?⇒ <input type="checkbox"/> ja von _____ bis _____	
Betreuungsumfang⇒ _____	
Name⇒ _____	Akt. Zeichen⇒ _____
Anschrift⇒ _____	Ablauf⇒ _____
Kopie vom Ausweis beigelegt <input type="checkbox"/>	
Telefon⇒ _____	Kopie von Beschluss beigelegt <input type="checkbox"/>
<b>• Angehörige</b>	
Name⇒ _____	⇒ _____
Anschrift⇒ _____	⇒ _____
_____ (1)	_____ (2)
Telefon⇒ _____	⇒ _____
Verwandtschaftsgrad⇒ _____	⇒ _____
<b>• Krankenversicherung</b>	
<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BEK <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK <input type="checkbox"/> VdAK <input type="checkbox"/> AEV <input type="checkbox"/> Knappsch.	
<input type="checkbox"/> UV   sonstige _____   VS-Nr.: _____	
Anschrift⇒ _____	Telefon⇒ _____
Rezeptgebührenbefreiung⇒ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Telefax⇒ _____
<b>• Rentenversicherung</b>	
VS-Nr.: _____	
Anschrift⇒ _____	
Schwerbehindertenausweis⇒ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>• Heimkostenträger</b>	
⇒ _____ (1)	⇒ _____ (2)
⇒ _____	Tel.⇒ _____
Adresse ⇒ _____	FAX⇒ _____
<b>• In Notsituation / im Sterbefall zu benachrichtigen</b>	
Name⇒ _____	⇒ _____
Anschrift⇒ _____	⇒ _____
Telefon⇒ _____ (1)	⇒ _____ (2)
<b>• Existiert ein Organspendeausweis</b> <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein hinterlegt bei⇒ _____	
<b>• Besteht eine Patientenverfügung</b> <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein hinterlegt bei⇒ _____	

Wir sind bestrebt, die medizinische und pflegerische Betreuung unseres neuen Bewohners optimal und seinen Bedürfnissen angepasst in unserer Pflegeeinrichtung zu gewährleisten. Deshalb bitten wir um die genaue Beantwortung der folgenden Fragen

**Bisherige pflegerische Versorgung**

- häuslicher Bereich      Anschrift⇒ \_\_\_\_\_
- Bezirkskrankenhaus      \_\_\_\_\_
- Krankenhaus      \_\_\_\_\_
- anderes Pflegeheim      Telefon⇒ \_\_\_\_\_
- bisher nicht notwendig

**Bisherige ärztliche Versorgung**

Name⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_

Anschrift⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_

Telefon⇒ \_\_\_\_\_ ⇒ \_\_\_\_\_

**Leistungen nach SGB §XI Pflegeversicherungsgesetz**

Einstufung nach Pflegestufen⇒  ja    nein      Stufe ①  ②  ③  ③+

Letzte Beurteilung am⇒ \_\_\_\_\_      Bescheid wird⇒  beigelegt  nachgereicht

**Informationssammlung vor Aufnahme**

Kann der/die Bewohner/In zu Hause besucht werden⇒  ja    nein

Kann der/die Bewohner/In im Krankenhaus besucht werden⇒  ja    nein

Kann der/die Bewohner/In vor Aufnahme unsere Einrichtung besichtigen⇒  ja    nein

**Folgende Hilfsmittel werden derzeit genutzt und benötigt**

<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Brille	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse
<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Krankenunterlagen	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse
<input type="checkbox"/> Lagerungsmaterial	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse
<input type="checkbox"/> Antidekubitusmatratze	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse	<input type="checkbox"/> Orthopädische Schuhe	<input type="checkbox"/> Privat	<input type="checkbox"/> Kasse

**Biographie - wichtige Angaben** z.B. für Therapie- und Pflegeziele, Gewohnheiten und Verhaltensmuster, ...

× <b>Schulbildung</b>	
× <b>Ausbildung</b>	
× <b>Tätigkeit</b>	
× <b>Fam. Situation</b>	
× <b>Hobby/ Fähigkeiten Interessen</b>	
× <b>Soziales Umfeld</b>	
× <b>Aufnahmegrund</b>	

• **Krankenhausbericht vom** \_\_\_\_\_  **ist beigelegt**  **wurde angefordert**

• **Umfang der Hilfebedürftigkeit**  
**S = selbständig A = Anleitung TÜ = Teilübernahme VÜ = Volle Übernahme**

× <b>Körperpflege</b>	<b>S</b>	<b>A</b>	<b>TÜ</b>	<b>VÜ</b>	<b>Bemerkung</b>
beim Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beim Kämmen und Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei der Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beim Baden und Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
× <b>Mobilität</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beim Aufstehen/Zubettgehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beim Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
beim Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
bei der mundgerechten Zubereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ist der/die Bewohner/In bettlägerig⇒ nein zeitweise dauernd  
Liegen Kontrakturen vor⇒ ja, wo: \_\_\_\_\_ nein  
Ist der/die Bewohner/In Linkshänder oder Rechtshänder

× **Ernährung** Normalkost Reduzierte Kost Vitamin- K- arme Kost  
Diabeteskost Dialysekost Ballaststoffarme Kost Sondennahrung  
Ballaststoffreiche Kost Leber/Galle Schonkost

× **Ausscheidung**  
Harninkontinenz⇒ nein zeitweise dauernd Dauerkatheter⇒ ja nein  
Stuhlinkontinenz⇒ nein zeitweise dauernd Stomaträger⇒ ja nein

× **Kommunikation**  
Hörvermögen⇒ ungestört Störungen: links rechts mäßig schwer Ausfall  
Sprachvermögen⇒ ungestört Störungen: mäßig schwer Ausfall  
Sehvermögen⇒ ungestört Störungen: links rechts mäßig schwer Ausfall  
Orientierung⇒ ungestört persönlich: ja nein zeitweise  
situativ: ja nein zeitweise  
zeitlich: ja nein zeitweise  
örtlich: ja nein zeitweise  
Gemütsstimmung⇒ kooperativ zeitweise kooperativ nicht kooperativ  
verbal aggressiv Stimmungsschwankungen körperlich aggressiv

× **Schlafgewohnheiten**  
schläft gut gelegentliche nächtliche Unruhe ständige nächtliche Unruhe  
besondere Gewohnheiten, welche? \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Diese Anmeldung ist – bis auf schriftlichen Widerruf – verbindlich. Die Anmeldung kann bestätigt werden, sobald die Formalitäten und der ärztliche Fragebogen abgegeben worden sind.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

**Wir freuen uns über Ihr entgegengebrachtes Vertrauen!**  
**Selbstverständlich sind wir gerne bereit, Ihnen beim Ausfüllen dieses Heimaufnahmebogens behilflich zu sein!**  
**Auskünfte und Beratung in unserer Verwaltung:**  
**Montag bis Freitag: 8.00Uhr – 17.00Uhr**  
**Tel.: 08381-9245-0 Fax: 08381-9245-16**

# Ärztlicher Fragebogen



Das Zentrum für Betreuung.

zurück an das

**Fink. Das Zentrum für Betreuung.  
Haus Sonnenhalde  
Sonnenhalde 5  
88178 Heimenkirch**

- Haus der Betreuung**  
Untertrogen 2 ● 88171 Weiler im Allgäu  
Tel. (0 83 87) 92 07-0 ● Fax (0 83 87) 92 07-16
- Haus Eintracht**  
Langenried 17 ● 88179 Oberreute  
Tel. (0 83 87) 5 34
- Haus St. Elisabeth**  
Schüttentobel 12 ● 88167 Grünenbach  
Tel. (0 83 83) 92 02-0 ● Fax (0 83 83) 92 02-16
- Haus Sonnenhalde**  
Sonnenhalde 5 ● 88178 Heimenkirch  
Tel. (0 83 81) 92 45-0 ● Fax (0 83 81) 92 45-16

Vor- und Zuname der Person⇒ _____	Geburtsdatum⇒ _____
Adresse⇒ _____	
Pflegestufe nach MDK⇒ Stufe ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③ <input type="checkbox"/> ③+ <input type="checkbox"/>	

<b>• Diagnosen</b>														
<b>• Medikamentenplan</b>					mo	mi	ab	na						
									mo	mi	ab	na		
<b>• Injektionen</b>														
<b>• Ansteckende Krankheiten⇒</b>					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									
× TBC					× HIV									
× Geschlechtskrankheiten					× Hepatitis									
× Salmonellen					× Sonstige:									
<b>• Besteht eine Suchterkrankung⇒</b>					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein									
× Wenn ja, welche?														
<b>• Hinweise, Bemerkungen</b>														
Datum _____					Unterschrift _____									