



**Ludwigstor**  
Charleston Wohn- und Pflegezentrum  
Nürnberg

**Broschüre  
zur Heimaufnahme**





## Liebe Leserin, lieber Leser,

im Mittelpunkt aller unserer Bemühungen um Pflege und Betreuung stehen die pflegebedürftigen Menschen. Wir sind darum bemüht, alle Bewohnerinnen und Bewohner sowohl in ihrer Selbständigkeit zu fördern als auch dort tatkräftig zu unterstützen, wo qualifizierte Hilfe notwendig ist, weil die eigene Kraft nicht mehr ausreicht.

Wir sind eine anerkannte und zugelassene Pflegeeinrichtung und Vertragspartner der Pflegekassen sowie der Sozialhilfeträger. Unsere Leistungen erstrecken sich von der Pflege über die Betreuung und die hauswirtschaftliche Versorgung. Die einzelnen Pflege- und Betreuungsleistungen stimmen wir mit den pflegebedürftigen Menschen ab, damit sie dem jeweiligen Bedarf entsprechen. Wir bieten qualifizierte Leistungen nicht nur im Bereich der Körperpflege, sondern selbstverständlich auch bei der Betreuung von z.B. altersverwirrten Menschen.

Bei Erkrankungen wie Hepatitis C, HIV, fremd- und selbstgefährdendem Verhalten, Weglauftendenz, oder für Menschen die intensivmedizinisch betreut werden müssen ist der Einzug in unsere Einrichtung nicht möglich.

Wir sind uns bewusst, dass mit dem Einzug in ein Pflegeheim die Sicherheit gesucht wird, auch in der letzten Lebensphase gut umsorgt zu sein.

Da unsere Einrichtung über die notwendigen Vereinbarungen mit den Pflegekassen und der Sozialhilfe verfügt, ist ein Einzug selbstverständlich auch dann möglich, wenn die eigenen finanziellen Mittel nicht ausreichen und Sie finanzielle Unterstützung durch die Sozialhilfe benötigen. Ihre Fragen hierzu beantworten wir gerne.

Regelmäßige Betreuungsangebote sollen sowohl den Alltag abwechslungsreich gestalten helfen als auch die Kontakte zu anderen Bewohnerinnen und Bewohnern fördern. Gerne nehmen wir Ihre Anregungen zur Gestaltung auf, da uns sehr daran gelegen ist, unsere Angebote daran auszurichten, dass Ihnen sowohl Vertrautes als auch Neues geboten wird.

Unser Angebot an Speisen und Getränken berücksichtigt sowohl die regionale Küche als auch die besonderen Anforderungen der Ernährung im Alter. Mit den Mahlzeiten verbinden wir nicht nur die reine Ernährung, sondern auch immer den gemeinschaftlichen Kontakt. Die Mahlzeiten werden in unseren Räumlichkeiten oder im Zimmer zu folgenden Zeiten (Frühstück ab 7.45 Uhr, Mittagessen ab 11.30 Uhr, Kaffee und Kuchen ab 15.00 Uhr und Abendessen ab 17.00 Uhr und nach individuellen Bedürfnissen) serviert.

Unsere Einrichtung ist ruhig, aber verkehrsgünstig gelegen. Öffentliche Verkehrsmittel erreichen Sie in wenigen Metern Entfernung. Einkaufsmöglichkeiten bestehen im Umfeld und sind in wenigen Minuten erreichbar.

Selbstverständlich bieten wir auch ein verlässliches Wohnangebot. Angeboten werden sowohl Einzelzimmer als auch Doppelzimmer, damit die persönlich angestrebte Wohnform auch möglich ist. So erleben wir häufig, dass der Kontakt in einem Doppelzimmer helfen kann, um einer Vereinsamung vorzubeugen.



Alle unsere Zimmer sind mit ansprechenden und gut zugänglichen Sanitärbereichen ausgestattet, zusätzlich stehen moderne Pflegebäder zur Verfügung. Selbstverständlich können Sie auch die unterschiedlichen Gemeinschafts- und Gruppenräume sowie die Gartenanlage nutzen.

Für uns ist es von besonderer Bedeutung, dass wir mit Ihnen und Ihren Angehörigen möglichst genau besprechen, welche Unterstützung Sie benötigen und wünschen. Je genauer wir dies Wissen, umso besser können wir Ihre Erwartungen erfüllen.

Gerne informieren wir Sie auch über die Ergebnisse der Qualitätsprüfung unserer Einrichtung. Diese hängen in unserer Einrichtung aus. Für weitere Erläuterungen hierzu stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Es liegt in der Natur der Sache, dass der Umzug in ein neues Wohnumfeld für den Betroffenen einen Einschnitt in die bisherige Lebensgestaltung bedeutet. Um den Umzug möglichst positiv zu gestalten, ist Ihre Mithilfe äußerst wichtig.

Nehmen Sie sich daher bitte etwas Zeit, damit wir mit Ihnen ein umfassendes Aufnahmegespräch zu organisatorischen, medizinischen, pflegerischen Fragen und den bisherigen Lebensgewohnheiten führen können. Es ist zweckmäßig, dafür einen gesonderten Termin mit der Heimleitung, Verwaltung oder dem Pflegepersonal zu vereinbaren.

**Erreichbarkeit Verwaltung:**

Montag bis Freitag von 9:00 Uhr bis 16:00 Uhr und nach Termin

**Erreichbarkeit Pflegepersonal:**

Rund um die Uhr, d.h. in dringenden Fällen können Sie jederzeit anrufen.

Wenn es Ihnen möglich ist, können Sie nach Rücksprache mit uns zu einem vereinbarten Termin schon vor dem Einzug das Zimmer mit eigenen Möbelstücken, Bildern und Blumen einrichten, da ein behagliches Zimmer sicherlich zur Erhöhung der Lebensqualität und der Zufriedenheit beiträgt. Auch Ihr kleines Haustier kann nach Absprache gerne mit einziehen, wenn Sie es selber versorgen können.

Wir, das sind Heimleitung, Verwaltung und das Pflegeteam stehen Ihnen bei Fragen gerne zur Verfügung.

*Ihr Team der BayernStift*

**Inhalt der Aufnahmemappe:**

Anmeldung zur Heimaufnahme  
Ärztlicher Fragebogen  
Wichtige Tipps für die Heimaufnahme  
Pfleagesätze  
Biographie



## **Bitte bei der Heimaufnahme beachten bzw. mitbringen**

### **1. Ärztliche und pflegerische Information**

- Ausgefüllte Anmeldung zur Heimaufnahme
- Ärztlicher Fragebogen und Medikamentenplan
- Versichertenkarte der Krankenkasse
- Bescheinigung über Rezeptgebührenbefreiung
- Impfpass falls vorhanden
- Betreuerausweis oder Vorsorgevollmacht / Generalvollmacht in Kopie
- Patientenverfügung, soweit vorhanden
- evtl. Schwerbehindertenausweis
- Personalausweis in Kopie
- Biographie
- Bankverbindung

**Wichtig !!!!!** Termin mit der Verwaltung vereinbaren, zur Besprechung der Aufnahmemodalitäten

### **2. An Wäsche wird als Richtwert durchschnittlich benötigt:**

- 10 - 12 Nachthemden / Pyjamas
- 1 Morgenmantel
- 14 Garnituren Leibwäsche
- 14 Paar Socken oder Kniestrümpfe, für Frauen Strumpfhosen
- 2 Paar Schuhe und 2 Paar Hausschuhe mit rutschfester Sohle
- Oberbekleidung für Sommer und Winter – bequem und leicht zum An- u. Ausziehen, pflegeleicht
- 1 Tagesdecke für Bett (nur wenn von Bewohner gewünscht)
- 1 Wolldecke
- Kleiderbügel
- Tasche für Krankenhausaufenthalt namentlich gekennzeichnet, mit 6 Handtüchern und Waschhandschuhen

***Bitte achten Sie auf farbechtes Material und auf eine Waschtemperatur von mind. 60°  
Bitte ausschließlich maschinenwaschbare, schleuder-, trockner- und mangelfeste Wäsche und  
Kleidungsstücke mitbringen.***

***Bitte beachten Sie, dass für die Zeit der Kurzzeitpflege, die Wäsche von den Angehörigen selbst  
gewaschen werden muss. Außerdem benötigen wir Inkontinenzmaterial oder ein Rezept***

Eine Kennzeichnung der Wäsche ist unbedingt erforderlich (auch bei Kurzzeitpflege). Gegen eine Gebühr können die Wäschestücke für Sie kennzeichnet werden. Bei Fragen wenden Sie sich bitte an unsere Verwaltung.

### **3. Wasch- und Pflegeutensilien**

- |   |                                 |                                  |
|---|---------------------------------|----------------------------------|
| • Zahnbürste Prothesenschale mit Inneneinsatz u. Bürste | • Flüssigseife/Duschgel/Shampoo | • Nagelpflegeset (Schere, Zange) |
| • Gebissreiniger evtl. Haftcreme,                       | • Körperlotion                  | • Papiertaschentücher            |
| • evtl. Mundwasser                                      | • Parfum/Deospray/Rasierwasser  | • Kulturbeutel                   |
| • Zahnpasta   | • Elektr. Rasierapparat         |                                  |
|   | • Kamm/Bürste                   |                                  |

### **4. Sonstiges**

Eigene Möbel (Sessel und Bilder usw.),

Radio, Fernseher, Musikinstrumente können gerne (wenn es ins Zimmer passt und die Pflege nicht behindert) nach Rücksprache mitgebracht werden.

### **5. Wichtiges**

Ummeldung von Zeitungen und Zeitschriften – Abo

Ummeldung der Anschrift bei Gemeinde / Stadt / Krankenkasse

Ummeldung Ihrer Rundfunkgeräte bei der GEZ.



Einrichtung: \_\_\_\_\_

---

Sehr geehrte/r Interessent/in,

herzlichen Dank für Ihr Interesse an unserer Einrichtung. Dieses Merkblatt soll Ihnen die Vorbereitung des Aufenthaltes in unserem Hause erleichtern.

### **FOLGENDE UNTERLAGEN UND/ODER AUSKÜNFTE WERDEN VON UNS BENÖTIGT:**

- Anmeldung zur Heimaufnahme
  - Vom Hausarzt ausgefüllter und unterschriebener „Ärztlicher Fragebogen“
  - Kopie des gültigen Bescheides über den aktuellen Pflegegrad (sofern vorhanden)
  - Kopie der gültigen Rentenbescheide
  - Krankenkassen-Versicherungskarte
  - Ggf. Zuzahlungsbefreiungs-Karte
  - Personalausweis, Reisepass oder Heiratsurkunde (Kopie beider Seiten), falls keine Ausweise mehr vorliegen, genügt die Meldebescheinigung
  - Organspendeausweis (falls vorhanden)
  - Unterlagen zur Haftpflichtversicherung
  - Beschlüsse des Amtsgerichtes für z.B. Bettgitter
  - Betreuerausweis (Kopie)
  - Vorsorgevollmacht oder Bestellungsurkunde als Betreuer (Nur Betreuer-Ausweis reicht nicht aus)
  - Bei Dauerpflege Meldebestätigung des Einwohnermeldeamtes
  - Schwerbehindertenausweis (falls vorhanden)
  - Kopie der Patientenverfügung (falls vorhanden)
  - Kopie des Antrages auf Sozialhilfe (falls dieser gestellt wurde)
  - Überleitbogen des Ambulanten Pflegedienstes (falls aktuell eine Versorgung stattfindet)
  - Regelungen im Todesfall (falls vorhanden)
  - Bevorzugtes Bestattungsinstitut (falls bereits festgelegt)
- 
- Impfausweis / Herzschrittmacherausweis (falls vorhanden)
  - Bestehen Allergien / Unverträglichkeiten, wenn ja, welche?
  - Einwilligungserklärung zur Versorgung durch GHD unterschreiben
  - Foto-Einverständniserklärung
-



Einrichtung: \_\_\_\_\_

---

### BITTE ERLEDIGEN SIE FOLGENDES VOR DEM EINZUG ODER SPÄTESTENS AM EINZUGSTAG:

- Antrag auf Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege/Dauerpflege bei der Pflegekasse stellen
- Ggf. Antrag auf Pflegegrad oder Erhöhung des Pflegegrades bei der Pflegekasse stellen
- Ggf. Antrag des Sozialamtes
- Krankenkassenkarte beim Hausarzt und ggf. Fachärzten einlesen lassen
- Vertrag mit unserer Einrichtung unterschreiben
- Ggf. Ummeldung des Wohnsitzes (Dauerpflege, vollstationärer Aufenthalt)
- Ggf. Adressänderung auf der Krankenversicherungskarte

### BITTE BRINGEN SIE FOLGENDE PERSÖNLICHE DINGE MIT:

- Medikamente, die derzeit eingenommen werden (für mindestens sieben Tage vorbereitet)
- Körperpflegemittel (Waschlotion, Shampoo, Körperlotion, Kamm, Bürste, Rasierer, Rasierschaum, Lippenpflege, Deo, Parfum usw.)
- Artikel zur Mund- und Zahnpflege inkl. Prothesenbecher
- Artikel zur Nagel- und Fußpflege (Nagelbürste, -schere, -feile)
- Inkontinenzartikel
- Persönliche Hilfsmittel wie Brille, Zahnprothesen, Rollator, Rollstuhl, Hörgeräte, Brille, usw.
- Persönliche Bekleidung für mindestens sieben Tage, feste geschlossene Schuhe, Hausschuhe
- Ggf. Verbandsmaterialien
- Ggf. Blutzucker-Messgerät mit Zubehör
- Ggf. TV Gerät, Radio, Rasierapparat, Fön usw. (Elektrogeräte bedürfen einer vorherigen Prüfung durch einen Elektrofachbetrieb, wenn sie älter als zwei Jahre sind. Wenn sie jünger als zwei Jahre sind, bitte Kaufbeleg in Kopie vorlegen)

Waschen der Wäsche durch:

- Angehörige  Einrichtung

Wäsche muss noch gekennzeichnet werden:

- Ja  Nein

**HINWEIS:** Bettwäsche, Handtücher und Waschlappen werden gerne vom Haus zur Verfügung gestellt. Bitte beschriften Sie alle Bewohnergeräte mit dem Namen ihres Angehörigen (Fernseher, Rasierapparat, Radio, Nachttischlampe, elektr. Zahnbürste, Handys, usw). Dies erleichtert Ihnen und uns später die Zuordnung bei einer Überprüfung des Gerätes bzw. bei einem Auszug.

Dieses Haus ist ein Seniorenheim und nicht vergleichbar mit einem üblichen Mietshaus.

Es ist deshalb eine besondere Hausordnung erforderlich:

1. Wir bitten Sie, die Ruhezeiten von 21.00 bis 7.00 Uhr und von 13.00 bis 15.00 Uhr einzuhalten.

Stellen Sie während dieser Zeit Radios, Fernseher etc. bitte auf Zimmerlautstärke. Die Duschen sollten in der Zeit von 21.00 bis 7.00 Uhr nicht benutzt werden.

Auf den Balkonen sollte kein Radio oder dergleichen gespielt werden.

Im Interesse aller Mitbewohner/innen bitten wir, unnötigen Lärm zu unterlassen und auf den Gängen Ruhe zu bewahren.

2. Die Haustür wird von 20.00 bis 8.00 Uhr geschlossen gehalten.
3. Aufgrund der besonderen Gefährlichkeit elektrischer Heiz- und Kochgeräte sind Heizkissen, Heizdecken, Tauchsieder, Bügeleisen, Wasserkocher, Kochplatten und Heizlüfter etc. verboten. Ausnahmen bedürfen grundsätzlich der schriftlichen Genehmigung der Heimleitung.

Ebenso ist das Rauchen im gesamten Gebäude wegen der Brandgefahr grundsätzlich untersagt.

4. Defekte Lampen, Wasserhähne, Heizkörper oder sonstige reparaturbedürftige Gegenstände bitten wir sofort dem Personal zu melden.
5. Während der Heizperiode sollen Fenster und Türen möglichst geschlossen bleiben. Öffnen Sie bitte in dieser Zeit die Fenster und Türen nur kurz zum Lüften.

Vielen Dank!

Die Einrichtungsleitung

# Anmeldung zur Heimaufnahme



Charleston

Einrichtung: \_\_\_\_\_

Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden!

Name, Vorname

Geburtsname

Familienstand

Geburtsort

Familienstand seit

Geburtsdatum

Ort der Eheschließung

Konfession

Staatsangehörigkeit

Früherer Beruf

**Gewünschte**

Einzelzimmer

vollstationäre Pflege

Voraussichtlicher

**Unterbringung:**

Doppelzimmer

Kurzzeitpflege

Einzugstermin:

Nr.: \_\_\_\_\_

Verhinderungspfl.

teilstationäre Pfl.

Beschützte Unterbr.

**Hauptwohnsitz/  
Heimatadresse:**

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

**derzeit. Aufenthalt:**

Bezeichnung

Anschrift

Telefon

**Ges. Vertreter/in  
Betreuer/in:**

Name

Anschrift

Telefon

Rechnungsanschrift

E-Mail

per Post  per Mail

Wirkungsbereich

*Betreuerausweis bzw. Vollmacht müssen vorgelegt werden!*

**ggfs. weiterer  
Ges. Vertreter/in  
Betreuer/in:**

Name

Anschrift

Telefon

Rechnungsanschrift

E-Mail

per Post  per Mail

Wirkungsbereich

*Betreuerausweis bzw. Vollmacht müssen vorgelegt werden!*

# Anmeldung zur Heimaufnahme



Charleston

Einrichtung: \_\_\_\_\_

## 1. Angehörige/r

### Erreichbarkeit:

- tagsüber  
 Tag und Nacht

Name

Straße, Ort

Telefon

E-Mail

Wie verwandt

## 2. Angehörige/r

### Erreichbarkeit:

- tagsüber  
 Tag und Nacht

Name

Straße, Ort

Telefon

E-Mail

Wie verwandt

## 3. Angehörige/r

### Erreichbarkeit:

- tagsüber  
 Tag und Nacht

Name

Straße, Ort

Telefon

E-Mail

Wie verwandt

## Hausarzt:

Name

Anschrift

Telefon

## Krankenkasse:

Name

Anschrift

Mitgliedsnummer

Zuzahlungsbefreiung  Ja  Nein (wenn ja, bitte Ausweis beilegen)

Beihilfeberechtigt  Ja, zu \_\_\_\_\_ %  Nein

## Die Heimkosten werden aufgebracht:

- durch die monatliche Rente über € \_\_\_\_\_ Bitte Rentenbescheid beifügen  
 durch die Zuzahlung aus Barvermögen  
 durch das zuständige Sozialamt in:

## Wird oder wurde ein Sozialhilfeantrag gestellt?

Nein  Ja am: \_\_\_\_\_

Wenn „Ja“ bitte Kopie des Antrags beifügen!

## Liegt eine Kosten- bewilligung vor?

Nein  Ja Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

# Anmeldung zur Heimaufnahme



Charleston

Einrichtung: \_\_\_\_\_

**Einstufung durch die Pflegekasse:** Begutachtung durch MDK bereits durchgeführt?  Nein  Ja am: \_\_\_\_\_

Wenn ja, durch welchen MDK (Ort, Telefon)?

**Liegt bereits ein Einstufungsbescheid des MDK vor?**  Nein  Ja Pflegegrad.: \_\_\_\_\_

Wenn ja, bitte Kopie des Bescheids beilegen!

Wenn kein Einstufungsbescheid vorliegt, wird bis zum Eingang eines Bescheides der Satz des voraussichtlichen Pflegegrades abgerechnet (nach Einschätzung der Pflegedienstleitung)

**Dokumentation einer Wunde:** Ich willige ein, dass bei mir auftretende Wunden im Zusammenhang mit der Wunddokumentation und zur Absicherung des Heilungsverlaufs von den zuständigen Pflegefachkräften fotografiert werden dürfen. Gegebenenfalls darf auch ein externer Beauftragter die Wunde(n) sowie deren Fotografien inspizieren. Die Unterlagen dürfen nicht ohne mein Wissen Dritten weiter gegeben werden. Mein Einverständnis bzgl. der Fotodokumentation von Wunden kann ich jederzeit widerrufen.

**Liegt eine Inkontinenz vor?**  Nein  Ja

**Liegt ein Attest vor?**  Nein  Ja

**Anmeldung erfolgt durch:**  angemeldete Person  ges. Vertreter/in

Angehörige/n Nr.: \_\_\_\_\_

**Kontakt entstanden durch:**  Soz. Dienst / Krankenhaus  Mitarbeiter

Bekannte

Betreuungsstelle  Sonstige: \_\_\_\_\_

Pfarrer \_\_\_\_\_

Anzeige \_\_\_\_\_

**Gewünschte Zusatzleistungen**  Telefonanschluss  Sonstige: \_\_\_\_\_

Wäschekennzeichn. \_\_\_\_\_

Geschätzte \_\_\_\_\_

Stückzahl: \_\_\_\_\_

**Raum für weitere Anmerkung / evtl. Diagnosen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Einverständniserklärung nach Bundesdatenschutzgesetz:**

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten elektronisch gespeichert und im Rechenzentrum in 87439 Kempten verarbeitet werden. Ich bestätige darüber hinaus, eine ausführliche Datenschutzhinweise erhalten zu haben.

Raum für Vermerke der Einrichtung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Antragstellers/in

Unterschrift des/der Aufzunehmenden

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



Einrichtung: \_\_\_\_\_

Bei Bedarf Rücksendung per Fax/E-Mail möglich an: \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Pflegegrad \_\_\_\_\_

Bitte vom Hausarzt ausfüllen lassen und zusammen mit der Heimanmeldung einreichen!

	Nie	Teilweise	Häufig	Immer
<b>Grundpflegerische Versorgung</b>				
Benötigt o.g. Person Hilfe				
- beim Waschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim An-/ Auskleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Frisieren/ Rasieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bei der Mundpflege/ Zahnprothesenpflege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Toilettengang?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b>				
Benötigt o.g. Person Hilfe				
- beim Gehen?	<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 Aufstehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Verlassen des Bettes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Zubettgehen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Transfer / Bett – Rollstuhl?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- beim Positionswechsel (Lagern)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigen Sie Hilfsmittel zur Fortbewegung (Rollstuhl/ Rollator)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Nahrung/ Flüssigkeitszufuhr</b>				
Benötigt o.g. Person Hilfe bei der				
- Essenszubereitung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nahrungsaufnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Flüssigkeitsaufnahme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Einrichtung: \_\_\_\_\_

## Ermittlung des Hilfebedarfs

Ist der/die Patient/in immobil?  Ja  Nein  Gelegentlich

Ist die o.g. Person orientiert?  Persönlich  Zeitlich  Örtlich  Situativ

### Liegt eine Inkontinenz vor?

Stuhlinkontinenz  Ja  Nein  Teilweise

Harninkontinenz  Ja  Nein  Teilweise

Liegt eine motorische Unruhe vor?  Ja  Nein  Nicht immer

Wenn ja: wie stellt es sich dar?

---

---

---

### Liegt eine nächtliche Unruhe vor?

Wenn ja: wie stellt es sich dar?

---

---

---

### Liegt ein Auto-/ Fremdaggressives/-gefährdendes Verhalten vor?

Wenn ja: wie stellt es sich dar?

---

---

---

Besteht eine Suizidgefahr?  Ja  Nein

Besteht eine Hinlauftendenz?  Ja  Nein

Ist eine geschlossene Unterbringung notwendig?  Ja  Nein

Diagnosen:

---

---

---

---

---

---



Einrichtung: \_\_\_\_\_

---

**Liegen psychische Störungen/ Suchterkrankungen vor**

(z.B. Depressionen, Psychosen, Halluzinationen, Nikotin-, Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenabhängigkeit)

---

---

---

**Bestehen ansteckende oder meldepflichtige Krankheiten, gemäß Infektionsschutzgesetz – IfSG (§ 6 meldepflichtige Krankheiten)?**

Nein  Ja: \_\_\_\_\_

---

**Bestehen nach Ihrem Kenntnisstand bei Familienmitgliedern meldepflichtige Krankheiten, gemäß Infektionsschutzgesetz?**

Nein  Ja: \_\_\_\_\_

---

**Bestehen Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose?**  Ja  Nein

**Impfstatus:**

Liegt ein aktueller Impfpass vor?  Ja  Nein

Besteht ein bedarfsgerechter Impfschutz?  Ja  Nein

---

**Benötigt der/die Patient/in spezielle Kostformen (Diät/Schonkost)?**  Ja  Nein

---

**Liegen anderweitige Unverträglichkeiten / Allergien vor?**  Ja  Nein

---

---

**Welche Medikamente sind verordnet?** (ggf. Verweis auf Medikamentenplan möglich)

---

---

---

---

---

---



Einrichtung: \_\_\_\_\_

---

Hinweise und Bemerkungen des/der Arztes/Ärztin:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Diesem Fragebogen liegt eine persönliche Untersuchung des/der Patienten/in zugrunde.

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

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

---

**Raum für Vermerke der Einrichtung:**

---

---

---

---

---

Hiermit entbinde ich den behandelnde/n Arzt/Ärztin von seiner Schweigepflicht zum Zwecke der Aufnahme in einem Seniorenheim.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner/in / Betreuer/in

# Biografie

Einrichtung: **Charleston -Ludwigstor**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ruf- oder Kosenname: \_\_\_\_\_

Name und Vorname der Mutter: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ verstorben im Jahr: \_\_\_\_\_

Name und Vorname des Vaters: \_\_\_\_\_ Beruf: \_\_\_\_\_ verstorben im Jahr: \_\_\_\_\_

Erinnerungen an Eltern und andere Verwandte, Erziehung, enge Verbindung zur Mutter / zum Vater, Ereignisse oder anderes:

---

---

---

---

---

---

---

---

Lebensraum:  ländlich  städtisch  Migrationshintergrund

Wo war der wichtigste Wohnort? \_\_\_\_\_

Außerfamiliäre Kontakte zu (zum Beispiel Freunde, Nachbarn, Vereine, Kirchengemeinde etc.)

---

Beruf, ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

Wie lange waren Sie berufstätig? \_\_\_\_\_

Was haben Sie gerne gemacht:

- Arbeiten  Gartenarbeit  Einkaufen  Kochen  Backen  Aufräumen/Putzen  Fernsehen  Lesen  
 Spazieren gehen  Reisen  Singen  Musik hören  ins Café gehen  Essen gehen  Kartenspielen  
 Kegeln  Sport  Angeln  in die Kneipe gehen  Handarbeiten  \_\_\_\_\_

Gibt es Erkrankungen, die Sie besonders geprägt haben?

---

---

---

Gibt es noch andere positive oder negative Ereignisse, die Sie besonders geprägt haben?

---

---

---

---

---

---

Welche Wünsche und Hoffnungen bleiben in Hinblick auf die Zukunft offen?

---

---

---

---

---

---