

DRK Senioren-, Pflege- und Betreuungszentrum Meiningen gGmbH

Am Hölzlein 7, 98617 Meiningen

Telefon: 03693/8820 Fax: 03693/882105

Anmelde- und Aufnahmeantrag

1. Persönliche Angaben

Familienname: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ geb. am: _____

Adresse: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Telefonnr.: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Personalausweisnr.: _____ gültig bis: _____

Zurzeit in welchem Krankenhaus oder anderen Pflegeeinrichtung:

Krankenkasse: _____ Versichertennummer: _____

Anschrift Krankenkasse: _____

Hausarzt / Anschrift, Tel./Fax: _____

Die Angehörigen bitte nach **Priorität** aufzählen:

Angehörige (1): _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Anschrift: _____

Telefonnr.: _____

E-Mail: _____

Antrag auf Kostenübernahme Pflegekasse am:

gestellt

für: Langzeitpflege Kurzzeitpflege Verhinderungspflege

Vorliegende Kostenübernahme: Ja wird bis Einzug nachgereicht

5. Schwerbehindertenausweis: Ja

Grad: _____ % Ausweis-Nr.: _____

gültig bis: _____ Merkzeichen: _____

Nein

6. Sonstiges:

dementielle Erkrankung: ja nein

Hinlauftendenz: ja nein

vorhand. Hilfsmittel: Brille Kontaktlinsen Hörgerät
 Rollstuhl Rollator Gehhilfen
 Toilettenstuhl Antidekubitusmatratze

Zahnprothesen Oberkiefer Unterkiefer

Prothese (Bein/Arm)

spez. Lagerungskissen

sonstige: _____

Hilfebedarf	nein	Ja	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen					
Treppen steigen					
Essen					
Körperpflege					
Frisieren / Rasieren					
Ankleiden					
Aufstehen					
zu Bett gehen					
Lagerung					
Toilettenbenutzung					
Bettlägerigkeit					

Rundfunk- / Fernsehgebührenbefreiung: Ja Nein
Medikamentenzahlungsbefreiung: Ja Nein gültig bis: _____
Allergien/Unverträglichkeiten: Ja Nein welche: _____
Haftpflichtversichert: Ja Nein
Fotodokumentation erlaubt: Ja Nein
Patientenverfügung vorhanden Ja Nein

Bestattungsunternehmen: _____ **Telefon:** _____

Vorhandenes Testament: Ja Nein **Hinterlegungsort:** _____

Datum: _____

Antragsteller

Betreuer/Bevollmächtigter

Ärztlicher Fragebogen

**DRK Senioren-, Pflege- und
Betreuungszentrum Meiningen gGmbH**

Am Hölzlein 7, 98617 Meiningen

Telefon: 03693/8820 Fax: 03693/882105

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Orientierung: zeitlich örtlich persönlich situativ
 ja nein ja nein ja nein ja nein

Unruhezustände: ja nein wann: _____

Psych. Störungen: ja nein welche: _____

Hinlauffähigkeit: ja nein

allg. Stimmungslage: _____

Suchterkrankung: ja nein welche: _____

Raucher/in: ja nein

Inkontinenz: ja nein Harn- Stuhlinkontinenz
 Stress- Drang- Reflex- Überlauf- Extraurethrale Inkontinenz

körperliche Behinderungen: ja nein

welche: _____

Ansteckende Erkrankungen: Norovirus ja nein MRSA ja nein

Hepatitis ja nein Tuberkulose ja nein

andere: ja welche: _____

Patient/in ist frei von ansteckenden Krankheiten lt. Infektionsschutzgesetz ja nein

Ärztliche Diagnosen _____

Diabetes mellitus ja nein Typ _____

Insulintherapie: ja nein intensivierte Insulintherapie: ja nein

Insulinart	morgens	mittags	abends	nachts

Bedarfsmedikation: ja nein welche: _____

Medikation:

Medikament / Stärke	Anzahl morgens	Anzahl mittags	Anzahl abends	Anzahl nachts

Medikamenteneinnahme selbständig: ja nein

Insulininjektion selbständig: ja nein

Notwendigkeit der Einhaltung einer Diät: ja nein welche: _____

Weitere Hinweise und Bemerkungen: _____

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der/des Patientin/en.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes