



DAS HAUS IM PARK
Seniorenheim der Stadt Norderstedt

Unverbindliche Anmeldung zur Aufnahme

Stammdaten der aufzunehmenden Person

☐ Frau ☐ Herr

Vorname _____

Name _____

ggf. Geburtsname _____

Geburtsdatum _____

Geburtsort _____

Konfession _____

Aktuelle Adresse

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____ / _____

Mobil _____ / _____

E-Mail _____ @ _____

Wichtigste Bezugsperson

Name, Vorname _____

Beziehungsgrad _____

Anschrift _____

Telefon _____ / _____

E-Mail _____ @ _____

Dieser Person dürfen Auskünfte erteilt werden: ☐ ja ☐ nein

Weitere wichtige Bezugspersonen (Angaben sind freiwillig)

1. Name, Vorname _____

Beziehungsgrad _____

Anschrift _____

Telefon _____ / _____

E-Mail _____ @ _____

Dieser Person dürfen Auskünfte erteilt werden: ☐ ja ☐ nein

2. Name, Vorname _____

Beziehungsgrad _____

Anschrift _____

Telefon _____ / _____

E-Mail _____ @ _____

Dieser Person dürfen Auskünfte erteilt werden: ☐ ja ☐ nein

Hausarztpraxis

Name _____

Straße, Haus-Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon: _____ / _____

E-Mail: _____ @ _____

Krankenkasse

Versichert bei: _____

Versicherungs-Nr. _____

Versicherungsart ☐ gesetzlich ☐ privat**Pflegegrad**☐ nein☐ ja, Pflegegrad 1☐ ja, Pflegegrad 2☐ ja, Pflegegrad 3☐ ja, Pflegegrad 4☐ ja, Pflegegrad 5

Wenn ja, wann wurde zuletzt ein Pflegegrad beantragt bzw. festgestellt?

Datum: _____ (TT.MM.JJJJ)

*Wichtiger Hinweis: Eine Aufnahme ist erst ab Pflegegrad 2 möglich!***Rechtliche Vertretung/Bevollmächtigungen**Gibt es einen gesetzlichen Betreuer? ☐ ja ☐ nein

Falls ja, Name _____

Telefon _____ / _____

E-Mail _____ @ _____

Betreuungsumfang: ☐ Gesundheitssorge ☐ Vermögenssorge ☐ AufenthaltsbestimmungVorsorgevollmacht vorhanden? ☐ ja ☐ neinBetreuungsverfügung vorhanden? ☐ ja ☐ neinPatientenverfügung vorhanden? ☐ ja ☐ nein

Private Vollmachten oder Verfügungen

Bestehen private Vollmachten, Patientenverfügungen oder verfügte Betreuungen?

☐ ja ☐ nein

Falls ja, für welche Bereiche?

Falls ja, Name und Anschrift des/der Bevollmächtigten

Name

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon:

 /

E-Mail:

 @

Lebenssituation der aufzunehmenden Person

☐ alleinlebend ☐ mit Ehe-/Lebenspartner ☐ bei/mit Kindern

Hinweis: Falls der Lebens- bzw. Ehepartner ebenfalls einen Pflegeplatz in unserem Haus benötigt, füllen Sie bitte einen zweiten Anmeldebogen aus.

Eigene Einkünfte

☐ ja Wenn ja, in welcher Höhe? Ca.

 €/Monat.
☐ nein

Wer zahlt den Eigenanteil an den Heimkosten?

☐ der zu zahlende Eigenanteil an den Heimkosten wird selbst übernommen
☐ das Sozialamt wird für die ggf. fehlenden Anteile an den Heimkosten aufkommen*

***Hinweis: Bitte stellen Sie gleichzeitig mit dieser Anmeldung bei Ihrer Pflegeversicherung einen Antrag auf Kostenübernahme. Stellen Sie ggf. zusätzlich einen entsprechenden Antrag bei Ihrem zuständigen Sozialamt.**

Daten zum Einzug

Wie dringend ist die Aufnahme?

- ☐ sehr dringend, da keine Angehörigen vorhanden sind
- ☐ sehr dringend, da ein akuter Krankheitsfall vorliegt
- ☐ dringend, da die Angehörigen mit der Pflege überlastet sind
- ☐ weniger dringend, dieser Antrag ist lediglich eine Voranmeldung

Gewünschter Aufnahmetermin: _____ (TT.MM.JJJJ)

Zimmerwunsch*

- ☐ Einzelzimmer
- ☐ Doppelzimmer (nur für Ehepaare/Lebenspartnerschaften)

Unseren Bewohner*innen stehen in der Regel Einzelzimmer mit rund 20 m² Größe zur Verfügung. Alle Zimmer haben große bodentiefe Fenster mit Blick ins Grüne und verfügen über ein barrierefreies Duschbad. Bewohner*innen im Erdgeschoss haben direkten Zugang zum Garten. Alle Zimmer verfügen über:

- Pflegebett und Nachtschrank
- Tisch mit Stühlen, Kleiderschrank
- Gardinen
- Duschbad und WC
- Notrufanlage
- Anschlüsse für Telefon und Kabel-TV
- Reinigungs- und Wäscheservice

Die Basisausstattung kann individuell mit Möbeln, Bildern und Dekoration ergänzt werden.

** Der Zimmerwunsch gilt nur für die Anmeldung zur vollstationären Pflege.
Für die Kurzzeitpflege wird in der Regel ein Platz in einem Doppelzimmer bereitgestellt.*

Zusätzliche Serviceleistungen

Welche kostenpflichtigen Serviceleistungen unseres Hauses sollen regelmäßig in Anspruch genommen werden?

- ☐ Friseur
- ☐ Fußpflege

Ergänzende Unterstützung

Bei Bedarf können wir Sie bei Ihrem Umzug in unser Haus unterstützen.
Was sollen wir für Sie tun?

- ☐ Beratung bei der Inanspruchnahme von staatlichen Hilfen
- ☐ Hilfe beim Einrichten des Zimmers in der Pflegeeinrichtung
- ☐ Hilfe bei der Suche nach einem neuen Hausarzt
- ☐ Hilfe bei der Auswahl von ggf. benötigten Therapeuten
- ☐ Hilfe bei der Kontaktaufnahme zur lokalen Kirchengemeinde

Besteht ein Abonnement für eine Tageszeitung?

- ☐ Nein
- ☐ Ja, und zwar _____
- ☐ Zustellung der Tageszeitung erfolgt per Post
- ☐ Zustellung der Tageszeitung erfolgt per Bote

Weitere Wünsche und Gewohnheiten

Worauf sollen wir sonst noch achten? Was ist Ihnen besonders wichtig?

Bitte eintragen:

Datum, Unterschrift

ggf. Datum, Unterschrift des Betreuers

Angehörigen-Checkliste für Alltag und Pflege

Bitte füllen Sie die folgende Checkliste sorgfältig aus. Ihre Angaben helfen uns dabei, den individuellen Unterstützungsbedarf sowie persönliche Gewohnheiten besser zu verstehen. So können wir die Betreuung besser planen. Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Fragen zur Selbständigkeit

Anziehen:	☐ selbständig	☐ mit Unterstützung
Waschen und Körperpflege:	☐ selbständig	☐ mit Unterstützung
Haare kämmen	☐ selbständig	☐ mit Unterstützung
Zahnpflege:	☐ selbständig	☐ mit Unterstützung
Frühstück zubereiten:	☐ selbständig	☐ mit Unterstützung
Gehen zum Bett/Stuhl/WC	☐ selbständig	☐ mit Unterstützung

Fragen zu den Essgewohnheiten

Essensvorlieben/Leibspeise: _____

Unverträglichkeiten (z.B. Laktose): _____

Fragen zur Mobilität

Gehen: ☐ selbständig ☐ nur mit Hilfsmitteln ☐ Rollstuhl

Benötigte Hilfsmittel (z.B. Rollator): _____

Fragen zu Kommunikation und Sinneswahrnehmung

Werden Anweisungen gut verstanden? ☐ Ja ☐ Nein ☐ Tagesabhängig

Ist das Hören beeinträchtigt? ☐ Ja ☐ Nein

Ist das Sehen beeinträchtigt? ☐ Ja ☐ Nein

Fragen zu Gewohnheiten und Tagesstruktur

Wichtige Rituale und Vorlieben – z.B. Morgenzeitung, Lieblingssendungen im TV

Übliche Ruhezeiten: _____

(Bitte gut lesbar in Blockschrift notieren)

A large, faint, light brown lowercase letter 'a' is positioned on the left side of the page. The letter is stylized with a thick stroke. The background is white with horizontal ruling lines. The letter 'a' is partially cut off by the left edge of the page.

Medizinisches Datenblatt zur Weiterleitung an den Arzt

Diagnosen

Medikation (ggf. auf Extrablatt beifügen)

Wichtige medizinische Hinweise

Allergien

Infektionsstatus (falls relevant)

Mobilität, med. Hilfsmittel

Arztkontakt

Letzter Arztkontakt

(TT.MM.JJJJ)

Datum, Unterschrift, Praxisstempel

Zustimmung zur Datenübermittlung

Ich/Wir stimmen der Übermittlung relevanter medizinischer Daten zu Zwecken der Aufnahme und Versorgung zu.

Datum, Unterschrift Patient/Angehöriger/gesetzliche Betreuung
