



# Pflegewohnpark Haus Weißensee

Promenade 2  
99631 Weißensee

## ANMELDUNG FÜR EINEN PFLEGEHEIMPLATZ

vollstationäre Pflege

Kurzzeit-/Verhinderungspflege

Zeitraum:.....

bereits in Anspruch genommene Tage

im aktuellen Jahr:.....

Name: ..... Vorname: .....

geb. am..... Ort: .....Geb.-Name:.....

Anschrift:.....Fam.-Stand:.....

.....Konfession:.....

zur Zeit:  zu Hause  vollstationäre Pflegeeinrichtung

Krankenhaus/Reha, vorauss. Entlassungsdatum: .....

Hausarzt: ..... Betreuer: .....

Anschrift:.....Anschrift: .....

.....

Telefon: ..... Telefon: .....

Angehörige:.....Verwandschaftsgrad:.....

Adresse:.....Vorsorgevollmacht:  ja  nein

Telefonnummer: .....

Angehörige:.....Verwandschaftsgrad:.....

Adresse:.....Vorsorgevollmacht:  ja  nein

Telefonnummer: .....

Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Eilbegutachtung  Höherstufung beantragt, am.....

Kranken-/Pflegekasse:.....

Wird Unterstützung durch das Sozialamt bezogen/beantragt?  ja  nein

Inkontinenzverordnung (wenn ja, alten Anbieter kündigen!)  ja  nein

Zuzahlungsbefreiung für das laufende Jahr?  ja  nein



# Pflegewohnpark Haus Weißensee

Promenade 2  
99631 Weißensee

## ANMELDUNG FÜR EINEN PFLEGEHEIMPLATZ

Größe: ..... Gewicht: .....

### Hilfe wichtig beim:

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (aus d. Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Es besteht:

	Nein	Selten	Häufig	Dauernd
zeitl. Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtl. Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pers. Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situative Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unruhezustand nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettlägerigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

weglaufgefährdet  ja  nein

**vorhandene Hilfsmittel:**  Rollator  Rollstuhl  Gehbock  
 Hörgerät  Brille  .....

**bekannte Diagnosen:** .....  
.....  
.....

**Allergien:** .....

Datum: .....

Unterschrift: .....