



**Haus am Buchenhain**  
Evangelisches Altenheim  
Gemeinnützige GmbH  
Forststraße 8  
D - 41239 Mönchengladbach

### Wird vom Haus am Buchenhain ausgefüllt

Eingegangen am	<input type="text"/>
Aufnahmedatum	<input type="text"/>
Reservierungsdatum	<input type="text"/>
Anmeldenummer	<input type="text"/>
Zimmernummer	<input type="text"/>
Art	KZP <input type="checkbox"/> auf Dauer <input type="checkbox"/>

## Anmeldung zur Aufnahme

Bitte zusammen mit einer vom Arzt ausgefüllten Pflegeüberleitung einsenden.

### Vor- und Zuname

Name	geborene
------	----------

### Adresse

Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	Telefon

### Persönliche Daten

Geburtsdatum	Geburtsort	
Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit

### Derzeitiger Aufenthalt

(bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)

Name		
Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	Telefon

### Angehörige

1.	Name/Beziehungsgrad		
	Straße, Hausnummer		
	PLZ	Ort	Telefon
2.	Name/Beziehungsgrad		
	Straße, Hausnummer		
	PLZ	Ort	Telefon

### Hausarzt

Name		
Straße, Hausnummer		
PLZ	Ort	Telefon



## Anmeldung zur Aufnahme (Fortsetzung)

### Heimfinanzierung

Monatliches Einkommen (z.B. Rente)	Summe
Sparguthaben <input type="checkbox"/> Grundbesitz <input type="checkbox"/>	Summe
Werden Sozialhilfeleistungen benötigt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?	
Ist der/die Aufzunehmende beihilfeberechtigt?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

### Krankenkasse

Name	Vers.-Nr.
------	-----------

### Pflegekasse

Name	Vers.-Nr.
Pflegestufe ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt <input type="checkbox"/>	Einstufung (0 bis IV)
Liegt die "Notwendigkeitsbescheinigung zum Heimeinzug" des Medizinischen Dienstes der Krankenkasse vor?	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt <input type="checkbox"/>

### Gewünschte Unterbringung

Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> KZP <input type="checkbox"/>	gewünschter Termin
--	--------------------

### Besonderheiten


### Betreuer

(nach Betreuungsrecht)

Name	
Straße - Hausnummer - PLZ - Ort	
Vollmacht <input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/>	Telefon
Wirkungskreis der Betreuung	

**Ein Einzug ist grundsätzlich nur nach einer Kostenregelung möglich.  
Wir beraten Sie gerne!**

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers  
oder rechtlichen Vertreters

Unterschrift des Aufzunehmenden  
(nur, wenn nicht Personengleichheit)



# Pflegeüberleitungsbogen

Patient
Name
Vorname
Geb. Datum
Straße
Wohnort
lebt allein: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Angehörige/Betreuer
Name
Telefon
Hausarzt

Kostenträger
Krankenkasse

Pflegeversicherung
genehmigte Stufe: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Härtefall <input type="checkbox"/>
Leistung beantragt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Frei von ansteckenden Krankheiten
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> TBC Röntgen am:

Hilfsmittel
Krankenbett <input type="checkbox"/>
Nachtstuhl <input type="checkbox"/>
Wechseldruck-System <input type="checkbox"/>
Inkontinenzartikel <input type="checkbox"/>
Zahnprothese <input type="checkbox"/>
Gehstock/-hilfe <input type="checkbox"/>
Rollator <input type="checkbox"/>
Stützkorsett <input type="checkbox"/>
Rollstuhl <input type="checkbox"/>
Sauerstoffgerät <input type="checkbox"/>
OptiPen <input type="checkbox"/>
Brille <input type="checkbox"/>
Kontaktlinsen <input type="checkbox"/>
Hörgerät <input type="checkbox"/>
Sonstiges:

Diagnosen

Medikation/Injektion	morgen	mittag	abend	nacht

Besonderheiten
Herzschrittmacher <input type="checkbox"/>
Allergien <input type="checkbox"/>
Suchtprobleme <input type="checkbox"/>
Sonstiges:

Kommunikation
nicht eingeschränkt <input type="checkbox"/>
eingeschränkt <input type="checkbox"/>
Grund:

Orientierung	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Tag/Nacht	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
zur Person	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
örtlich	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
zeitlich	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
situativ	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
nächtl. Unruhe	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Weglauftendenz	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>



Pflegeüberleitungsbogen (Fortsetzung)

Allgemeine Körperpflege und Mobilität			
Häufig bettlägrig <input type="checkbox"/>	ständig bettlägrig <input type="checkbox"/>		
	selbständ.	mit Hilfe	hilflos
Waschen			
Baden, Duschen			
Mundpflege			
Frisieren, Rasieren			
Nagelpflege			
Benutzen der Toilette			
An- und Auskleiden			
Aufstehen			
zu Bett gehen			
Gehen			
Nahrungsaufnahme			
Arzneieinnahme			
Motivation u. Anleitung bei Verrichtung d. tägl. Lebens			
Sonstiges:			

Hautschäden/Wunden
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lokalisation:
Größe:
Aussehen:
bisherige Versorgung:

Ernährungsform	
Vollkost	<input type="checkbox"/>
Diätkost	<input type="checkbox"/>
Schonkost	<input type="checkbox"/>
Diabetesdiät	<input type="checkbox"/> BE:
PEG-Kost	<input type="checkbox"/>
Sonstiges:	

Kontrakturen
ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Lokalisation:

Ausscheidung	
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>
Künstl. Darmausgang	<input type="checkbox"/>
Blasenkatheter:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
letzter Wechsel:	

<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
<b>Datum</b>	<b>Unterschrift des Arztes</b>	<b>Stempel</b>	<b>Unterschrift der Pflegekraft</b>	<b>Tel für Rückfragen</b>