



ANTRAG AUF UNTERBRINGUNG UND BEREITSTELLUNG SOZIALER DIENSTLEISTUNGEN
Heim für ältere Menschen
Zuhause mit einem besonderen Regime

Seriennummer:

Datum des Eingangs des Antrags:

Bewerberdetails:

Name und Nachname: _____

Geburtsdatum: _____

Dauerhafter Wohnsitz: _____

Telefon: _____

Pflegezuspruch: Ja, nein, ich weiß es nicht

Pflegestufe: I. II. III. IV. V.

Grund für die Vermittlung:

RECHTSVERTRETER (wenn dem Antragsteller die Geschäftsfähigkeit beraubt wird)

Name und Nachname: _____

Ständiger Wohnsitz: _____

Festgelegt durch eine Gerichtsentscheidung datiert: _____, Ref.: _____

KONTAKTE ZU VERWANDTEN (geben Sie mindestens eine Kontaktperson an)

Name und Nachname	Beziehung zum Antragsteller	Adresse	Kontakttelefon, E-Mail

Was erwarten Sie von unseren Dienst?

Der aktuelle Wohnort und die Adresse des Antragstellers (falls sie nicht mit dem aktuellen dauerhaften Wohnsitz übereinstimmen)

Ich erkläre, dass ich alle Informationen in diesem Antrag wahrheitsgemäß bereitgestellt habe. Mir ist bewusst, dass falsche Informationen möglich sind

zu einer Verzerrung der Situation geführt haben und möglicherweise zur Unmöglichkeit der Aufnahme in das Seniorenzentrum (Heim für ältere Menschen und Zuhause mit einem besonderen Regime).

Ich habe meinen Antrag auf Aufnahme im Heim aus eigenem Antrieb und nach eigenem Ermessen eingereicht. Mit der Unterzeichnung dieses Dokuments bestätigt der Antragsteller, dass bei der Bearbeitung seines Antrags auf Aufnahme in die Einrichtung,

Die Sozialdienste werden in dem notwendigen Umfang bearbeitet, um

Bearbeitung des Antrags und, im Falle erfolgreicher Antragsteller, für die Dauer der Wartezeit für die Freigabe der Kapazität.

Datum

Handschriftliche Unterschrift des Antragstellers
(Rechtsvertreter)

Anhänge zur Anwendung:

- Ärztliche Stellungnahme zum aktuellen Gesundheitszustand des Antragstellers
- Fragebogen für die Aufnahme in das Heim
- Kopie der letzten Pensionsbewertung *)
- Kopie der Entscheidung über die Höhe des Pflegegrades *)

*) Optionale Anhänge

ÄRZTLICHE AUSSAGE

über den Gesundheitszustand des Antragstellers, der eine Platzierung im Pohoda Senior Centre
beantragt

Heim für ältere Menschen
Zuhause mit einem besonderen Regime

Antragsteller:

Name, Nachname (oder Geburtsname): _____

Geboren: _____

Adresse: _____

Geburtsort: _____ Krankenkasse: _____

Sorgfalsgrad – Genehmigung durch die Versicherungsgesellschaft

Gewährter Pflegegrad: _____

Die Entscheidung über die Gewährung des Versorgungsgrades ist beigefügt

Wurde der Antragsteller in der Vergangenheit in einer anderen sozialen Einrichtung untergebracht?

Ja Nein

Falls ja, geben Sie bitte den Namen der Einrichtung und den Standort an:

Aufenthaltsdauer: _____

Ende des Aufenthalts/Entlassung: _____

Hausarzt

Name und Nachname: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fachärzte (kooperierende) Ärzte (Überprüfen Sie zur Auswahl. Schreiben Sie folgende
Informationen zu den überprüften: Name des Arztes, Arbeitsplatzstadt, Telefonnummer, letzte
Kontrolle, nächste geplante Untersuchung)



- Innere Medizin, _____
- Kardiologie _____
- Diabetologie, _____
- Urologie, _____
- Gynäkologie, _____
- Pneumologie, _____
- Neurologie, _____
- Psychiatrie _____
- Augenheilkunde (Augenheilkunde), _____
- HNO (Ohren, Nase, Hals), _____
- Rheumatologie, _____
- Onkologie _____
- Nephrologie _____
- Gastroenterologie, _____
- Orthopädie, _____
- Geriatrie _____
- Weitere Fachrichtungen: _____

Familienstand:

- Witwe / Witwe
- Verheiratet
- Geschieden
- Single

Religion: _____

Führerschein

Eigener Führerschein: Ja Nein

Führerscheingruppen(n) (z. B. AM, A1, A2, A, B, B+E, C, C+E, D, D+E):

Führerschein ausgestellt in: _____

Wie oft ist er im letzten Jahr gefahren: regelmäßig, gelegentlich, gar nicht

Grund, warum er nicht mehr fährt (falls zutreffend): Gesundheitszustand, eigene Entscheidungen
andere Gründe: _____

Waffenlizenz und Waffenbesitz

Besitzt oder besitzt eine Waffenlizenz: Ja Nein

Wenn ja, Waffenlizenztyp (Gruppe): _____

Besitzt oder hat eine Schusswaffe besessen: Ja Nein

Waffentyp/-typ: _____

Aktueller Status:

Die Waffe gehört nicht mehr, die Waffe wird außerhalb des Geräts gelagert, die
Waffe wurde abgegeben / verkauft

Betreuer nach Betreuungsrecht (falls ernannt – eine Kopie der Betreuungsrecht beihängen)

Name, Nachname, Adresse, Telefon: _____

Umfang der Betreuungsrecht: Festlegung des Wohnorts, Vermögensverwaltung
Gesundheitsversorgung

Vollmacht zur Vertretung (eine Kopie des Dokuments anhängen)

Name, Nachname, Adresse, Telefon: _____

Patienttenverfügung: Ja Nein (falls ja, füge eine Kopie des Dokuments bei).

Medizinische Vorgeschichte

Persönliche Vorgeschichte (nur von einem Arzt ausgefüllt)

(bedeutende Krankheiten, Verletzungen, Operationen, chronische Krankheiten)

Beispiel: Herzinfarkt, Hüftoperation, Asthma, Allergien.

Allergien (nur vom Arzt aufgeklärt)

(Nahrung, Medikamente, Insektenstiche, ...)

Ja Nein, falls ja, bitte geben Sie an:

Familiengeschichte (kann vom Antragsteller/der Familie ausgefüllt werden)

(Gesundheitszustand der Familienmitglieder, genetische Krankheiten, schwere Familienkrankheiten) Beispiel: Diabetes bei den Eltern, Bluthochdruck, onkologische Erkrankungen in der Familie.

Berufserfahrung (kann vom Antragsteller/Familie ausgefüllt werden)

(Beschäftigung, Arbeitsbelastung, Risikofaktoren, Rente) Beispiel: 35 Jahre in der Metallindustrie gearbeitet, jetzt Ruhestand.

Soziale Vorgeschichte (kann vom Antragsteller/Familie ausgefüllt werden)

(vor dem Eintritt ins Seniorenzentrum): Familie und Wohneinrichtungen, Beziehungen, Lebensstil, Interessen, Unterstützung von Angehörigen) Beispiel: lebte mit ihrem Ehemann, regelmäßiger Kontakt mit Kindern, aktiv in einem Rentnerverband.

Gynäkologische Anamnese (bei Frauen) (kann vom Antragsteller/Familie ausgefüllt werden)

(Schwangerschaft, Geburt, gynäkologische Erkrankungen, Wechseljahre, Operation)
Beispiel: 2 Geburten, Hysterektomie mit 55 Jahren, Wechseljahre mit 52 Jahren.

Die letzte Mammographie wurde durchgeführt am: _____

Letzte gynäkologische Untersuchung durchgeführt am: _____

Entleeren: (nur von einem Arzt durchgeführt werden)

Probleme beim Wasserlassen: Ja Nein

Wie: _____

Harninkontinenz: Ja Nein

Stuhlinkontinenz: Ja Nein

Harnkatheter: Ja Nein Letzter Austausch: _____

Inkontinenzhilfen: Ja Nein

Letztes Rezept für Inkontinenzhilfen: _____

Infektions- und parasitäre Krankheiten (nur von einem Arzt zu erklären)

Wird der Antragsteller wegen infektiöser oder parasitärer Krankheiten behandelt oder überwacht?

Ja Nein

Falls ja, bitte geben Sie an, welche:

aktive Erkrankung Krankheiten in der Anamnese ohne Anzeichen einer Infektionskrankheit

Impfung (nur von einem Arzt durchgeführt)

Impfstatus (geben Sie das Datum der Impfung an):

Tetanus: _____ COVID-19: _____ PNEUMOKOKKEN: _____

Interesse an der Grippeimpfung: (kann vom Antragsteller/Familie ausgefüllt werden)

Ja Nein

Densiometrie (Messung der Knochendichte) (kann vom Antragsteller/der Familie ausgefüllt werden)

Datum der letzten Untersuchung: _____

Stuhl-okkultes Bluttest (letzte Untersuchung): (nur von einem Arzt ausgefüllt)

Am: _____

Zahnmedizin – Zahnerkrankung (kann vom Antragsteller/der Familie ausgefüllt werden)

Zahnzustand (alle relevanten Optionen ankreuzen):

Eigenes Gebiss vollständig, individuelle Zähne, teilweise fehlende Zähne

Prothesen:

Oberteils- abnehmbar, obere- fest, untere- abnehmbare, untere- feste

Datum der letzten Prothesenproduktion:

Obere: _____ Untere: _____

Letzte präventive Zahnuntersuchung Kontrolle: _____



Zielerfassung (nur von einem Arzt ausgefüllt)

(aktueller Gesundheitszustand, Allgemeinzustand; im Falle von Organbeteiligung auch den lokalen Befund nennen)

Diagnosen (nur von einem Arzt ausgefüllt) (schriftlich und mit Codes)

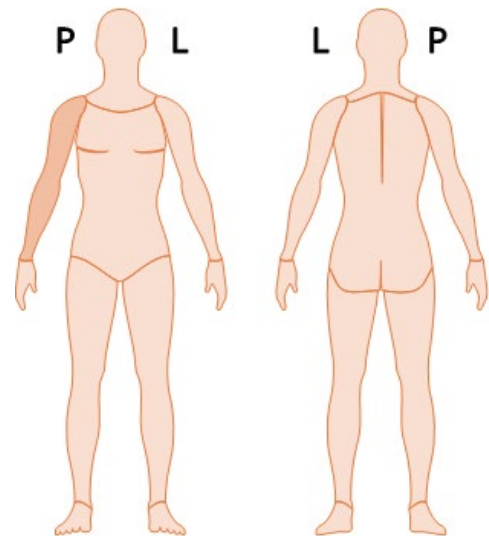
Medikamente (nur von einem Arzt ausgefüllt)

(Gib den Namen des Medikaments, Stärke und Dosierung in Form von Anopyrin 100 mg 1-0-1-0 an)

Defekte / chronische Hautdefekte (*nur von einem Arzt durchgeführt werden*)

Arten von Defekten (prüfen Sie alle relevanten):

- Dekubitus (Dekubitus)
- abgerissene Haut / Abschürfungen
- Verbrennungen / Narben
- Chronische Geschwüre (z. B. trophisch)
- Weitere Defekte:

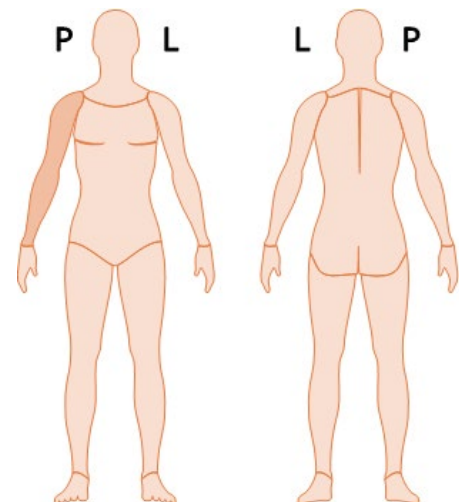


Schmerz (*nur von einem Arzt ausgefüllt*)

Ja Nein

Wenn ja, Bezeichnen Sie:

Schmerzhinweis:



Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes: _____

Weitere Informationen über den Antragsteller – Pflege (kann vom Antragsteller/ oder der Familie ausgefüllt werden)

Antragsteller:

Name, Nachname (oder Geburtsname): _____

Geboren: _____

Adresse: _____

Krankenkasse: _____ Krankenversicherungsnummer: _____

Selbstversorgung

Kann er ohne Hilfe laufen?

Ja Nein

Ist er bettlägerig?

Ja Nein

Kann er sich selbst versorgen?

Ja Nein

Geisteszustand

(Füllen Sie entsprechend dem aktuellen Status des Antragstellers aus – prüfen Sie alle relevanten Optionen)

Orientierung:

- erhalten geblieben
- teilweise orientiert (nicht nur durch Ort/Zeit/Person/Situation (auswählen))
- desorientiert

Kognitive Fähigkeit:

erhalten geblieben, leicht reduziert, mittel stark reduziert, stark reduziert/Demenz.

Emotionaler Zustand:

Stabile, Launeschwankungen / Reizbarkeit, Angst / Depression, Aggression
/ Konfliktverhalten

Zeigt der Antragsteller nachts Aktivität?

Ja Nein

Beziehung zu Suchtmitteln:

Abwesenheit
von Alkohol (Angabe von Menge/Häufigkeit) _____

Rauchen (angeben, wie viele Zigaretten pro Tag/elektronische Zigarette/Icos) _____

Medikamente / Drogen / andere Suchtmittel _____

Schwierigkeiten im kollektiven zusammenleben

Nein

Ja (Verhaltensart angeben) _____

Mobilität

Fähigkeit, sich unabhängig zu bewegen und zu gehen (alle relevanten ankreuzen):

- Vollständig unabhängig – geht ohne Unterstützung
- Benötigt Unterstützung (Rollator, Stock, Krücken)
- Begleitung notwendig – Aufsicht beim Gehen
- Vollständig ans Bett gefesselt/Rollstuhl
- Teilweise mobil – kurze Strecken ohne Hilfe

Bewegungsfrequenz:

- Täglich selbstständig
- Täglich mit Hilfe
- Gelegentlich
- Nur Verlegung auf Bett/Rollstuhl

Verwendete Hilfsmittel:

- Rollator
- Stock/ Krücken
- Rollstuhl
- Sonstiges: _____

Transfers (vom Bett zum Rollstuhl, Stuhl, Toilette usw.):

Vollständig unabhängig, Mit Hilfe einer Person, Vollständig abhängig von
der Hilfe einer anderen Person

Atmung

- Ohne Schwierigkeiten
- Atembeschwerden
- Chronischer Husten
- Schlafapnoe – geräteabhängig Ja Nein
- Zyanose (Bläulichkeit)

Verpflegung

- Völlig sich selbst versorgend
- Notwendige Unterstützung bei den Mahlzeiten
- Essen muss serviert werden
- breiige/gemixte Nahrung
- Schluckstörungen (Dysphagie)
- Diät (angeben, welche):
- Künstliche Ernährung
- Ernährungsprodukte – Ja Nein

Trinken

- Trinkt selbst
- Notwendige Erinnerung ans Trinken
- Notwendige Überwachung der Flüssigkeitsaufnahme
- Flüssigkeitszufuhr durch die zweite Person
- Begrenzte Flüssigkeitsaufnahme (Begründung): _____

Hygiene – persönliche Pflege (Selbstversorgung)

Ist der Antragsteller in der Lage, die persönliche Hygiene eigenständig durchzuführen?

- völlig selbständig
- teilweise selbstständig -Hilfe erforderlich
- nicht selbstständig– vollständig abhängig von der Hilfe einer anderen Person

Körperparameter

Körpergewicht (Gewicht): _____ kg

Körpergröße: _____ cm

Taillenumfang: _____ cm

Abschließende Mitteilung

Bitte füllen Sie diesen Fragebogen so genau und vollständig wie möglich aus. Die oben genannten Informationen sind notwendig, um den Gesundheitszustand des Antragstellers korrekt einzuschätzen, den Umfang der notwendigen Versorgung zu bestimmen und geeignete Bedingungen für die Aufnahme in die Einrichtung sicherzustellen.

Vielen Dank für Ihre Zeit, Sorgfalt und Kooperation beim Ausfüllen dieses Fragebogens.

Datum und Unterschrift des Antragstellers/der Familie:

Datum: _____

Name und Unterschrift: _____