	Formulare	Geltungsbereich: ITSZ
Sozialdienst F.1 Biographiebogen		

Sehr geehrte Angehörige,

Ihre Mutter, Vater, Tante, Onkel,... werden in den nächsten Tagen in das Itertalklinik Seniorenzentrum einziehen.


Es wird für sie oder ihn eine große Veränderung sein - die Umgebung ist fremd, die Menschen sind fremd, das Zimmer, das Essen und vieles mehr.

Sie können uns behilflich sein, die Umstellung für Ihre Mutter, Vater,... angenehm zu gestalten, indem Sie uns einige biografische Daten (Lebensgeschichte – z. B. Familie, Beruf, Beziehungen, Kinder, ehrenamtliche Tätigkeiten, prägende Lebensereignisse uvm.) Ihres Angehörigen aufschreiben würden.

Diese Informationen können für uns sehr hilfreich für die Pflegeplanung, die bewohnerorientierte Betreuung und die Integration (Begleitung beim Einleben des Bewohners in unserem Haus) sein und werden in der Pflegedokumentation aufbewahrt.

Wir bedanken uns recht herzlich für Ihre Mitarbeit.
Die Pflegeteams der Wohnbereiche und Sozialdienst

Bearbeiter	geprüft	Änderungsstand	Datum	Freigabe	Seite
Cz	Wi	0	01.01.2008	Wi	SD F.1 1 / 1

	Formulare	Geltungsbereich: ITSZ
SD F.0 Anmeldung zur Heimaufnahme		

Termin Erstgespräch: _____			
<input type="checkbox"/> Vollstationär		<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	
bei Kurzzeitpflege von		bis	
Gewünschte Unterbringung			
Walheim <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ		Roetgen <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ	
		Kornelimünster <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ	
Einzugstermin:		Zimmer:	
Name:		Vorname:	
Geburtsname:			
Straße:			
PLZ:		Ort:	Telefon:
Zu Hause <input type="checkbox"/> Marienhospital <input type="checkbox"/> Franziskus KH <input type="checkbox"/> Luisenhospital <input type="checkbox"/> Alexianer KH <input type="checkbox"/> Klinikum <input type="checkbox"/> KH Stolberg <input type="checkbox"/> KH Simmerath <input type="checkbox"/> MZ Würselen <input type="checkbox"/> KH Eschweiler <input type="checkbox"/> Andere Orte: _____			
Geb.-datum:		Geb.-ort:	
Familienstand:		Konfession:	
Staatsangehörigkeit:			
Krankenkasse (KV):		KV-nr.:	KV Karte <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Information zu Kosten/ Pflegestufe/Kostenträger			
Pflegestufe <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> beantragt			Beihilfe: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Information zu Kosten und Pflegesätzen gegeben <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein			
Antrag auf vollstationäre Pflege gestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Antrag auf KZP/VP gestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Pflegewohngeldantrag stellen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (als KZP <input type="checkbox"/> als LZP <input 4"="" type="checkbox/>)</td> </tr> <tr> <td colspan="/> Antrag auf Hilfe zur Pflege stellen? (<i>Einzugsmitteilung ans Sozialamt!!!</i>) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Angehörige:			
1) Name:		2) Name:	
Straße:		Straße:	
PLZ: Ort:		PLZ: Ort:	
Telefon:		Telefon:	
Mobil:		Mobil:	
Verwandtschaftsgrad:		Verwandtschaftsgrad:	
Betreuung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/>			
Name:		oder Angehöriger 1 <input type="checkbox"/> / Angehöriger 2 <input type="checkbox"/>	
Straße:			
PLZ:		Ort:	
Telefon:		Mobil:	
Wirkungskreis der Betreuung/Vorsorgevollmacht			
Vermögenssorge <input type="checkbox"/>		Aufenthalt <input type="checkbox"/>	Gesundheit <input type="checkbox"/>
			Umfassend <input type="checkbox"/>
Urkunde/n in Kopie eingereicht: <input type="checkbox"/>		wird/werden nachgereicht: <input type="checkbox"/>	

Bearbeiter	geprüft	Änderungsstand	Datum	Freigabe	Seite
Wi	Wi	1	01.11.2008	Wi	SD F.0 1 / 2

SD F.0 Anmeldung zur Heimaufnahme


Name:		Vorname:	
RechnungsempfängerIn			
BewohnerIn <input type="checkbox"/> Angehörige unter 1) <input type="checkbox"/> Angehörige unter 2) <input type="checkbox"/> BetreuerIn <input type="checkbox"/>			
Andere RechnungsempfängerIn <input type="checkbox"/> :			
Name:			
Straße:			
PLZ:		Ort:	
Telefon:		Mobil:	
HausarztIn (Name):			
Name:			
Straße:			
PLZ:		Ort:	
Telefon:		Mobil:	
Rezeptgebührenbefreiung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Ärztl. Überleitung vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; von wem _____ (Dr.; KH)			
Pflegerische Überleitung vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, von wem _____ (Dr.; KH)			
Medizinprodukte (ein mit Strom betriebenes Gerät z.B: Sauerstoffkonzentrator) Ja <input type="checkbox"/> ; Nein <input type="checkbox"/> Wenn „Ja“, welche:			
Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Rollator) Ja <input type="checkbox"/> ; Nein <input type="checkbox"/> Wenn „Ja“, welche:			
Freiheitsentziehende Maßnahmen notwendig? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/>			
Wenn "Ja", welche: Hand-/Fussfesseln <input type="checkbox"/> Bauchgurt <input type="checkbox"/> Fixierende Wäsche <input type="checkbox"/> Bettseitengitter <input type="checkbox"/> Sonstiges: _____			
Ärztli. Anordnung vorhanden (<i>Fax vor Einzug</i>) <input type="checkbox"/>			
Amtsrichterl. Genehmigung vorhanden (<i>Fax vor Einzug</i>) <input type="checkbox"/>			
Geriatrische Problemfelder und Syndrome			
Ansteckende Krankheiten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:			
Diät: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: _____			
Inkontinenz: Harn <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> // Sturzgefahr <input type="checkbox"/> // Depression <input type="checkbox"/> // Schlafstörungen <input type="checkbox"/>			
Arteriosklerose: Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> // Osteoporose <input type="checkbox"/> // Arthrose <input type="checkbox"/>			
Demenz <input type="checkbox"/> // <i>Desorientierung</i> : Situativ <input type="checkbox"/> Personell <input type="checkbox"/> Zeitlich <input type="checkbox"/> Räumlich <input type="checkbox"/>			
Diabetes Mellitus: Typ I <input type="checkbox"/> , Typ II <input type="checkbox"/> , Alterdiabetes <input type="checkbox"/>			
Sonstige Bemerkungen			

Ort, Datum

Unterschrift AntragstellerIn

Unterschrift Aufzunehmende/r

Bearbeiter	geprüft	Änderungsstand	Datum	Freigabe	Seite
Wi	Wi	1	01.11.2008	Wi	SD F.0 2 / 2

	Formulare	Geltungsbereich: ITSZ
Sozialdienst F.2 Ärztlicher Fragebogen		

_____/_____/_____/_____

1. Name, Vorname Geburtsname Geburtsdatum Geburtsort

2. Behandelnder Arzt

2.1 Liegt eine Pflegestufe vor? Ja Nein Stufe:

3. Aktuelle Diagnosen

3.1 Medikation mo mi ab na

4. Bestehen ansteckende Erkrankungen? Ja Nein Welche?

5. Schildern Sie bitte kurz die häusliche Situation, aus der hervorgeht, dass vollstationäre Pflege erforderlich ist. (Wohnsituation, überforderte oder fehlende Pflegeperson, besonderes Krankheitsbild, drohende Verwahrlosung)

6. Notwendige Maßnahmen der Behandlungspflege

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift Arzt

Bearbeiter	geprüft	Änderungsstand	Datum	Freigabe	Seite
Wi	Wi	0	01.01.2007	Wi	SD F.2 1 / 1