

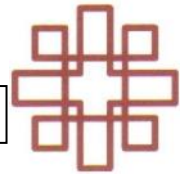
Erstkontakt/Dokumentation



Name:	Derzeitige Aufenthalt:
Vorname:	Geburtsdatum:
Angehörige:	Telefonnummer:
Es wird ein Heimplatz benötigt:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Liegt eine Pflegegrade bereits vor? Wenn ja, welche?	Von wem stammt die Veranlassung zur Heimaufnahme? _____
Hausarzt:	Facharzt:
Krankengymnastik: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Sonstiges:
Persönliche Situation:	
Bekannte Diagnosen:	
Ärzte/Krankenhäuser in denen die Person in den vergangenen Jahren behandelt wurde:	

Erstellt am: _____ Mitarbeiter/Unterschrift: _____

Vor dem Einzug in unser Haus benötigen wir folgende Unterlagen



- Aufnahmeantrag
- Ärztlicher Fragebogen, (Hausarzt oder Krankenhaus)
- Kopie der Pflegegrade, (Pflegekasse)
- Heimbedürftigkeitsbescheinigung, (Pflegekasse)
- Rentenbescheid und Nachweis sonstiger Einkommen bzw. Vermögen
- Bescheinigung über die Antragstellung auf Übernahme der Kosten im stationären Bereich (Sozialamt), falls die Rente nicht reicht
- Amtlicher Betreuungsausweis oder Vorsorgevollmacht
- Vorsorgevollmacht oder Kopie der Betreuungsurkunde
- Biographie
- Kopie des Personalausweises
- Heimvertrag Verwaltung
Tel.: 0201/85816-24

Da unsere Warteliste/ Dringlichkeitsliste auf dem neuesten Stand sein soll, ist es wichtig, dass Sie sich regelmäßig bei uns melden, um Ihr Interesse zu bestätigen.

Ein Anruf bei uns genügt.

Weiterhin bitten wir unbedingt um Abmeldung, wenn kein Bedarf Ihrerseits besteht.



Vor- und Zuname: _____

Geburtsdatum: _____

Wohnort: _____ Straße: _____

Benötigt Hilfe bei (Zutreffendes ankreuzen)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Essen/Trinken | <input type="checkbox"/> Medikamenteneinnahme |
| <input type="checkbox"/> An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> Aufstehen und Zubettgehen |
| <input type="checkbox"/> Waschen | <input type="checkbox"/> Baden |
| <input type="checkbox"/> Frisieren/ Rasieren | <input type="checkbox"/> Gehen |
| <input type="checkbox"/> Benutzung der Toilette | <input type="checkbox"/> Sonstige Hilfen _____ |

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Urin- Inkontinenz | <input type="checkbox"/> Stuhl- Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> bettlägerig | <input type="checkbox"/> zeitweise bettlägerig |
| <input type="checkbox"/> Wundpflege _____ | <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ |

Psychische Verfassung:

- | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| örtlich orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| zeitlich orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| persönlich orientiert | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| nachts unruhig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |
| Weglaufftendenz | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> zeitweise |

- | | |
|---|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Suchtkrankheiten | <input type="checkbox"/> Depressionen |
|---|---------------------------------------|

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Suizidverdacht | <input type="checkbox"/> gefährliche Eigenschaften |
|---|--|

Körperliche Behinderungen: _____

Diagnosen/ chronische Leiden: _____



Diagnosen bei psychischer Erkrankung:

Gemütsverfassung:

freundlich

verdrießlich

Medikamentenverordnung:

Diät, wenn ja, welche?

Bescheinigung über Tbc (gemäß §§33ff IfSG)

Es liegt zurzeit keine ansteckende Erkrankung, einschließlich Tbc vor

Anti Hbc negativ ?

ja

nein

In den letzten 6 Monaten lag folgende ansteckende Krankheit vor:

frühere ansteckende Erkrankungen:

Grad der Pflegebedürftigkeit:

Pflegegrade 1

Pflegegrade 2

Pflegegrade 3

Pflegegrade 4

Pflegegrade 5

Pflegegrade ist beantragt

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes



Marienheim Essen Überrauch gGmbH
Einverständniserklärung Photo

Name des Bewohners /der Bewohnerin

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass ich im Marienheim bei Festen und Feiern oder anderen Veranstaltungen fotografiert werde und die Fotos innerhalb des Hauses bzw. in der Hauszeitung veröffentlicht werden.

Außerdem erlaube ich als Orientierungshilfe das Anhängen von Bildern an die Zimmertüren.

Essen, den _____

Unterschrift



Marienheim Essen Überraehr gGmbH
Biographiebogen

Name, Vorname: _____

Bereich stationär Wohnbereich: _____
 Tagespflege

Erstkontakt

Wohnsituation:	
Lebt alleine/ hat eigenen Haushalt:	
Die Wohnung liegt in welcher Etage?	
Bemerkungen:	

Pflegesituation

Die Versorgung/Pflege leisten überwiegend: <input type="checkbox"/> Angehörige: Adresse u. Telefonnummer:	
<input type="checkbox"/> Pflegedienst: Adresse u. Telefonnummer:	
Hilfe durch andere Dienste: <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern <input type="checkbox"/> Notruf <input type="checkbox"/> Andere Hilfsangebote	

<input type="checkbox"/> Mitteilung durch BewohnerIn/Gast	<input type="checkbox"/> Mitteilung durch Angehörigen
<input type="checkbox"/> kann keine Angaben machen	<input type="checkbox"/> will keine Angaben machen

Familiensituation

Eltern:	
Partner:	
Kinder:	
Geschwister:	

<input type="checkbox"/> Mitteilung durch BewohnerIn/Gast	<input type="checkbox"/> Mitteilung durch Angehörigen
<input type="checkbox"/> kann keine Angaben machen	<input type="checkbox"/> will keine Angaben machen



Kindheit

<input type="checkbox"/> Mitteilung durch BewohnerIn/Gast	<input type="checkbox"/> Mitteilung durch Angehörigen
<input type="checkbox"/> kann keine Angaben machen	<input type="checkbox"/> will keine Angaben machen

Beruf

Schulbesuch: <input type="checkbox"/> Hauptschule: <input type="checkbox"/> Realschule: <input type="checkbox"/> Gymnasium:	
Berufsausbildung:	
Berufs- / Haushaltstätigkeit:	

<input type="checkbox"/> Mitteilung durch BewohnerIn/Gast	<input type="checkbox"/> Mitteilung durch Angehörigen
<input type="checkbox"/> kann keine Angaben machen	<input type="checkbox"/> will keine Angaben machen

Wichtige Lebensereignisse

<input type="checkbox"/> Mitteilung durch BewohnerIn/Gast	<input type="checkbox"/> Mitteilung durch Angehörigen
<input type="checkbox"/> kann keine Angaben machen	<input type="checkbox"/> will keine Angaben machen

Interessen/Gewohnheiten



Interessen/ Gewohnheiten:	
Allergien	

<input type="checkbox"/> Mitteilung durch BewohnerIn/Gast	<input type="checkbox"/> Mitteilung durch Angehörigen
<input type="checkbox"/> kann keine Angaben machen	<input type="checkbox"/> will keine Angaben machen

Neigungen/Abneigungen

<input type="checkbox"/> Mitteilung durch BewohnerIn/Gast	<input type="checkbox"/> Mitteilung durch Angehörigen
<input type="checkbox"/> kann keine Angaben machen	<input type="checkbox"/> will keine Angaben machen

Einschnitte durch Erkrankungen in letzter Zeit

<input type="checkbox"/> Mitteilung durch BewohnerIn/Gast	<input type="checkbox"/> Mitteilung durch Angehörigen
<input type="checkbox"/> kann keine Angaben machen	<input type="checkbox"/> will keine Angaben machen

Wünsche/Ausblicke/Vorstellungen

<input type="checkbox"/> Mitteilung durch BewohnerIn/Gast	<input type="checkbox"/> Mitteilung durch Angehörigen
<input type="checkbox"/> kann keine Angaben machen	<input type="checkbox"/> will keine Angaben machen

Essen, den _____

Unterschrift