

Heimaufnahmeunterlagen



Heinrich-Glücklich-Str.11
64689 Grasellenbach

Tel. 06207 – 94 11 0
Fax: 06207 – 94 11 11

E-Mail: info@residenz-law.de

**Heimaufnahme
Unterlagen
bitte ausgefüllt
bei Heimaufnahme
mitbringen.**

Vielen Dank!

Bitte denken Sie daran, dass ...

Lebensmittel, und dabei ganz besonders Obst, von vielen der Bewohner häufig nicht ohne die Hilfe der Mitarbeiterinnen ausgepackt oder gegessen werden können.

Sollte auch Ihr Angehöriger damit Schwierigkeiten haben, geben Sie die Lebensmittel bitte den Pflegedienstmitarbeitern, die sich darum kümmern werden, dass Ihr Angehöriger sie auch genießen kann.

Medikamente den Bewohnern nicht ohne die Kenntnis der Pflegemitarbeiter ausgehändigt werden sollten.

Für die Pflegemitarbeiter, die in enger Zusammenarbeit mit den behandelnden Ärzten die verordneten Medikamente verabreichen, ist es unverzichtbar, darüber informiert zu sein, welche Medikamente ein Bewohner einnimmt. Nur so können ungewollte Neben- und Wechselwirkungen vermieden werden.

Sprechen Sie bitte mit uns, bevor Sie Arzneimittel mitbringen. Auch scheinbar „harmlose“ Arzneien können ungewünschte Reaktionen hervorrufen!

Körperpflegeartikel mit dem Namen versehen werden. Legen Sie sie bitte im Badezimmer bereit und überzeugen Sie sich rechtzeitig davon, dass ausreichend Körperpflegemittel vorhanden sind.

Wenn Ihnen dies nicht möglich sein sollte, können Duschbad, Deo usw. auch über die allgemeinen Bestellungen, die wöchentlich für die Bewohner eingekauft werden, bezogen werden. Wir sind Ihnen dabei gerne behilflich.

Wäsche- und Kleidungsstücke bitte nie ungezeichnet in den Kleiderschrank geräumt werden sollten.

Sollten Kleidungsstücke noch nicht namentlich gekennzeichnet sein, geben Sie sie bitte einem Pflegemitarbeiter oder bringen Sie sie in der Wäscherei im Erdgeschoß vorbei. Wir werden dafür Sorge tragen, dass die Kleidung schnellstmöglich mit dem Namen versehen und in den Schrank eingeräumt wird.

Leitbild der Residenz Leben am Wald GmbH

Die Residenz „Leben am Wald“, vertreten durch Leitung und Mitarbeiterschaft, achtet die Würde, Persönlichkeit und Rechtssicherheit der Menschen, die in ihr wohnen und arbeiten. Sie ermöglicht den BewohnerInnen ein Leben, sowie den MitarbeiterInnen ein Arbeiten in größtmöglicher Individualität. Die Achtung und Akzeptanz, die jedem Menschen entgegengebracht wird, ist unabhängig von der Art oder dem Grad seiner körperlichen oder geistigen Einschränkungen.

Die MitarbeiterInnen wissen sich verpflichtet, eine ganzheitliche und optimale Pflege und Betreuung der BewohnerInnen bezogen auf Leib, Seele, Körper, Geist zu leisten. Dies erfolgt unter Zuhilfenahme von bewährten und erprobten fachlichen Erkenntnissen. Die Grundsätze von Kinästhetik, Validation, Snoezelen, von werktherapeutischen Arbeiten und lebenspraktischen Tätigkeiten sind Ausdruck dessen.

Die Leitung der Residenz „Leben am Wald“ unterstützt und fördert einen kooperativen Führungsstil, um Motivation und Zufriedenheit am Arbeitsplatz bezüglich einer bewohnerorientierten Arbeits- und Sichtweise zu ermöglichen. Konzeptionelles Denken und Handeln sind Bausteine des Miteinanders.

Die Einrichtung sieht sich als Teil der allgemeinen Öffentlichkeit und hat großes Interesse an der Teilnahme, dem Austausch und der Mitgestaltung des Gemeinwesens.

Im Interesse der BewohnerInnen, insbesondere in juristischer und persönlicher Hinsicht, ist eine enge, vertrauensvolle Kooperation mit den Angehörigen / Betreuern und deren verantwortliche Mitarbeit unverzichtbar.

Durch die Realisierung des vorliegenden Leitbildes wird eine lebensbejahende Atmosphäre angestrebt. Die schrittweise Annäherung erfolgt unter Zuhilfenahme einer überprüfbaren und ständig zu überarbeitenden Konzeption.

Unsere besondere Aufmerksamkeit gilt der Sicherstellung einer gewaltfreien und menschenwürdigen Pflege und Betreuung unter Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse, Wünsche und Abneigungen unserer Bewohner.

Pflegeleitbild der Residenz Leben am Wald GmbH

Die pflegerischen Maßnahmen sind nicht nur auf die medizinische Betreuung und Versorgung der Bewohner ausgerichtet, sondern bemühen sich auch um eine Stabilisierung oder Steigerung der Kontaktbereitschaft und des Aktivitätsniveaus der Bewohner

Ziel ist es, dem Leben weiterhin einen Sinn und Inhalt zu geben, mit der veränderten Situation fertig zu werden und die Erwartungshaltungen auf das Machbare abzustimmen. Pflege und Betreuung sollen in erster Linie ganzheitlich verstanden zu werden, als eine umfassende Betreuung von Körper, Geist und Seele.

Die Mitarbeiter sind angehalten, die Planung, Organisation, Realisierung und Kontrolle der pflegerisch notwendigen Arbeiten (wie auch die psychosoziale Betreuung) gruppenbezogen – also in überschaubaren Einheiten zu gestalten. Die pflegerische und sozialtherapeutische Arbeit soll sich nicht nur an dem individuellen Grad der Erkrankung orientieren, sondern auch die Bedeutung der Biographie des einzelnen Bewohners verstehen und in die Betreuung umsetzen.

Leitung und Mitarbeiter des Pflegeheimes sind sich sehr wohl bewusst, dass der Ansatz der Pflegeversicherung, den älteren und pflegebedürftigen Menschen im wesentlichen aus einer Summe seiner physischen Leiden heraus zu definieren, zu einer für den älteren Menschen sehr gefährlichen – da menschenunwürdigen Sichtweise und Verzerrung des Pflegebegriffes und des Pflegeauftrages führen kann. Der Gesundheitszustand alter Menschen ist zwar generell durch eine Multimorbidität gekennzeichnet, dennoch konnten Untersuchungen bestimmte dominante Krankheitsbilder feststellen. In der Spitzengruppe dieser Häufigkeitsskala befinden sich dementiell Erkrankte, die inzwischen ca. 50 % aller betreuten Alterspatienten ausmachen. Die Menschen werden immer älter – immer öfter aber zu Lasten der psychischen und geistigen Frische und Gesundheit.

Ziel der Arbeit des Pflegeheimes soll sein, nicht über den alten und pflegebedürftigen Menschen hinweg zu pflegen, sondern ihm Hilfestellung zu geben bei der Kompensation seiner physischen oder psychischen Defizite und bei der Förderung seiner Potentiale.

Im Zentrum der Unternehmensphilosophie des Hauses steht daher die Stabilisierung des Befindens bei gleichzeitiger Steigerung der Befindlichkeit des Bewohners. Nur auf diese Weise ist es möglich, dem Leben des alten Menschen nicht ausschließlich mehr Jahre anzufügen, sondern den gewonnenen Jahren auch mehr Leben zu schenken.



Checkliste „Verwaltung“ zur Verfahrensanweisung Heimaufnahme

Datum der Aufnahme: _____

Zimmer- Nr.: _____

Vorname: _____

Name: _____

➤ Prospekte der Residenz „Leben zum Wald“			O
➤ Anmeldebogen zur Heimaufnahme	Seite	6	O
➤ Ärztlicher Fragebogen	Seite	10	O
➤ Attest/Bestätigung des behandelnden Arztes, dass keine ansteckenden Krankheiten, insbesondere TBC besteht	Seite	12	O
➤ Gripeschutzimpfung	Seite	13	O
➤ Einverständniserklärung zum Einholen von Auskunft bei Krankenhausaufenthalt			
➤ Kontaktperson und –Adresse während der Urlaubspflege	Seite	15	O
➤ Antrag auf Leistungen der vollstationären Pflege	Seite	16	O
➤ Antrag auf Erhöhung Pflegegrad	Seite	17	O
➤ Verpflichtungserklärung zur Übernahme der Heimpflegekosten	Seite	18	O
➤ Personalausweis / Reisepass, falls vorhanden + Angabe über Anmeldung			O
➤ Eigentumsliste für mitgebrachte Gegenstände (Bitte keine Kleiderstücke eintragen)		19	O
➤ Biographiebogen	Seite	20	O
➤ Dokument für die Regelung im Sterbefall	Seite	21	O

➤ Türschild und Willkommensschild			U_____
➤ Heimvertrag in Zweifacher Ausfertigung inkl. Anlagen			U_____
➤ In OPAS anlegen inkl. Belegbuch und Debitorenliste			U_____
➤ Med. Behandlungspflege Verordnung anfordern			U_____
➤ RS-Etiketten für Wäsche veranlasst			U_____
➤ Pflegekasse und Kostenträger informieren			U_____
➤ Anmeldung Gemeinde / Personalausweis			U_____
➤ Schwerbehindertenausweis /Befreiungskarte / Krankenversicherung			U_____

Wir bitten Sie um Verständnis für all diese benötigten Unterlagen, garantieren sie Ihnen und uns einen reibungslosen Ablauf der geplanten Heimaufnahme.

Ihre Residenzleitung und Team



Anmeldung zur Heimaufnahme

(Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

1. Zuname (bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)	
2. Vorname(n) (Rufnamen bitte unterstreichen)	
3. Wohnung (Mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) _____ (Straße, Hausnummer) _____ (bei wem?) bei:
4. Nebenwohnung (Mit zweitem Wohnsitz polizeilich gemeldet)	_____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) _____ (Straße, Hausnummer)
5. Derzeitiger Aufenthalt	_____ (Straße, Hausnummer) _____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) _____ (bei wem?) bei:
6. Zur Zeit in welchem Krankenhaus, welcher Pflegeeinrichtung o.ä.?	_____ (Name der Einrichtung) _____ (Anschrift der Einrichtung) _____ (Aufnahmetag) _____ (Aufnahmegrund)



19. Wer bezahlt die Beiträge?		
20. Name des Hausarztes Dr. _____ (Vor- Zuname) _____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon)		
21. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)		
Art des Einkommens	Zahlender Stelle	Betrag €
22. Kostenträger (Zutreffende Zeilen bitte ankreuzen X) Die Heimkosten werden aufgebracht durch <input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Landeswohlfahrtsverband Hessen <input type="checkbox"/> anderes Sozialamt / Kostenträger _____ <input type="checkbox"/> Berufsgenossenschaft * Die Kostenverpflichtungserklärung – liegt bei- folgt in den nächsten Tagen- muss noch beantragt werden – ist beantragt am _____ ** Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist!		_____ _____ _____ _____
23. Termin (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?) _____	24. Diät notwendig? Welche, warum? _____	
25. Frühere Unterbringung (in einem Heim oder ähnlicher Einrichtung. Wo? Wann? Aus welchem Grund dort ausgeschieden?) _____ _____ _____ _____		
26. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden? Vor- und Zuname: _____ _____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon) in welcher Eigenschaft? _____		
27. Pflegegrad		



28. Wer erhält die Rechnung?

29. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen

30. Gewünschtes Bestattungsunternehmen

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf- verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

_____, den _____

(Unterschrift des Antragstellers)



Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen X, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

1. Vor- und Zunahme	
2. Geburtstag	
3. Ist der Patient gefähig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
4. Ist Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
5. Ist der Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
6. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
7. Beherrschung des Suhlgangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
8. Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
9. Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Waschen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren <input type="checkbox"/> beim Aufstehen <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette <input type="checkbox"/> bei _____
10. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
11. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
12. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nicht immer
13. Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> verdrießlich
14. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
15. Suchtkrankheiten?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
16. Körperliche Behinderung(en) – Art –	
17. Geistig – seelische Behinderung oder Störung – Art-	
18. Diagnose	



19. Ist der Pat. frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)?
20. Hinweise und Bemerkung des Arztes:
21. Ist eine Aufnahme im Altenheim unbedenklich?
22. Ist der Antragsteller pflegebedürftig / besonders pflegebedürftig? (siehe Rückseite)
23. Sonstiges
Angaben zum ausfüllenden Arzt _____ _____ (Titel) (Vor- Zuname) _____ _____ _____ (PLZ) (Wohnort, Gemeinde) (Straße, Hausnummer) (Telefon)
Bemerkung

_____, den _____

(Unterschrift des Arztes)

Ärztliche Bescheinigung

Hiermit bescheinige ich, dass bei

Frau/Herr: _____

geboren am: _____

eine ansteckungsfähige Tuberkulose lt. (§ 36 (4) IfSG Infektions-schutzgesetz) Röntgen-Torax-Untersuchung nicht vorliegt und gegen eine Heimaufnahme keine Bedenken bestehen.

TT am:

Röntgen-Thorax-Untersuchung am:

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Hiermit bestätige ich, dass die o.g. Person frei von MRSA ist.

Ort/Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Einverständniserklärung

Hiermit gebe ich meine Einverständnis, das die Kurapotheke Stein (Litzelbacher Str. 22, 64689 Grasellenbach-Hammelbach) meine Medikamentenbezogenen Daten, speichern und verwendet darf. Ziel ist es, die Arzneimittelsicherheit zu erhöhen. Außerdem dient die Datenerhebung zu Abrechnungszwecken.

Die Daten dürfen dem Personal der Apotheke, das der Schweigepflicht unterliegt, im Rahmen des oben genannten Zweckes mitgeteilt werden.

Soweit gesetzliche Vorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten zehn Jahre nach der letzten Eintragung von der Apotheke gelöscht.

Die freie Apothekenwahl wird hierdurch nicht eingeschränkt.

Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

Name: _____

_____,den _____

(Unterschrift des Bewohners)

Für Betreuer und Angehörige, falls der Bewohner nicht selbst unterschreiben oder einwilligen kann

_____,den _____

(Unterschrift Betreuer/Angehöriger)

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich/wir uns damit einverstanden, dass die/der Betreute,

Herr/Frau _____

Zu seinem Selbstschutz/Sturzgefahr bei Bedarf fixiert werden darf.

- Betrifft:**
- Bettseitenteile hochstellen
 - Rollstuhl/ Stuhlfixierung mit Bauch/Sicherheitsgurten
 - Psychopharmaka
 - Sitzhose für Rollstuhl
 -

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass eine Genehmigung seitens des zuständigen Amts/
Vormundschaftsgericht von Ihnen eingeholt werden muss. Außer der Betreute stimmt der Maßnahme
zu oder der Betreute ist nicht mehr in der Lage sich willkürlich fortzubewegen.

_____, den _____

(Unterschrift des Bewohners)

Wenn nicht Personen gleich, auch Unterschrift des Betreuers /
Bevollmächtigten)

Einwilligung

Herr/Frau _____

Einverständnis zum Durchführen von nachfolgend genannten Impfungen. Dieses Einverständnis gilt bis auf Widerruf:

- **Gripeschutzimpfung – 1 mal jährlich**
- **Auffrischungsimpfungen bei Bedarf: Diphtherie – Tetanus – Polio-Röteln**
- Pneumokokkenimpfung (Nach den aktuellen Empfehlungen der Ständigen Impfkommission des Robert-Koch-Institutes)

_____, den _____

(Unterschrift des Bewohners)

Wenn nicht Personen gleich, auch Unterschrift des Betreuers /
Bevollmächtigten)

Sehr geehrte Bewohner, sehr geehrte Angehörige und Betreuer,

die Gesundheit unserer Bewohner steht für uns an erster Stelle. Ein wichtiger Baustein dieser Vorsorge ist der Schutz vor Druckgeschwüren. Ein Druckgeschwür (auch Dekubitus genannt) entsteht, wenn über einen längeren Zeitraum Druck auf Hautflächen einwirkt und keine Entlastung der betroffenen Bereiche durch eine Umlagerung des Körpers erfolgt. Besonders anfällig sind alte, schwer kranke und in Ihrer Bewegung eingeschränkte Menschen.

Druckgeschwüre können sich an allen Körperstellen bilden, die nicht durch Muskeln oder Fettgewebe gegen den Druck geschützt sind, wie die Kreuzbeinregion, die Fersen, die Oberschenkel und die Knöchel.

Ein zentraler Bestandteil unseres Dekubitus- Schutzes ist die Fotodokumentation. Wir fotografieren also in regelmäßigen zeitlichen Abständen Hautbereiche unserer Bewohner, die entweder dekubitus- gefährdet sind oder bereits Schäden aufweisen. Mit Hilfe der Aufnahmen können wir den aktuellen Zustand objektiv festhalten sowie die Wirksamkeit unserer Vorsorgemaßnahmen und unserer Therapie überprüfen und verbessern.

Die Fotos und alle weiteren Daten werden streng vertraulich behandelt und niemals an Dritte weitergegeben. Sie könne diese Aufnahmen auf Wunsch jederzeit einsehen. Für die Erstellung dieser Aufnahmen benötigen wir Ihre Zustimmung. Bitte füllen Sie die ERKLÄRUNG aus und geben es an uns zurück. Wenn Sie Fragen haben, stehen wir Ihnen gerne jederzeit zur Verfügung. Sie können eine erteilte Zustimmung natürlich jederzeit widerrufen.

Einverständniserklärung

Hiermit erkläre ich mich einverstanden, dass eine Fotodokumentation geschädigter oder gefährdeter Hautbereiche erstellt wird. Das Informationsschreiben zur Fotodokumentation habe ich gelesen und verstanden.

Name des Bewohners _____

ggf. Name des Betreuers _____

Ort, Datum / Unterschrift _____

Einverständniserklärung zum Einholen von Auskunft bei Krankenhausaufenthalt

Hiermit erkläre ich mein Einverständnis, dass ich in ein Krankenhaus eingewiesen werden sollte, seitens des Krankenhauses den Mitarbeitern der Residenz „Leben am Wald“ telefonisch, schriftlich oder auch bei persönlichen Vorsprachen Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu erteilen ist

Bewohnername: _____

_____, den _____

(Unterschrift des Antragstellers)

Kontaktperson und -adresse während der Urlaubspflege:

Für eventuelle Rückfragen bitten wir Sie, uns eine Kontaktperson mit –Adresse während der Urlaubspflege Ihrer/s angehörigen zu benennen:

Name, Vorname _____

Telefon- Nr. _____

Anschrift _____

Antrag auf Leistungen der vollstationären Pflege

Name, Vorname

Geburtsdatum

Tag der Aufnahme

Name der Pflegekasse

Anschrift der Pflegekasse

Versicherungsnummer

Hinweis: Die Angaben Ihrer persönlichen Daten sind aufgrund der Bestimmungen der §§ 60 SGB I und 50 SGB XI für die Aufgaben der Pflegekasse erforderlich.

Hiermit beantrage ich Leistungen der vollstationären Pflege (§ 43 SGB XI) nach dem Pflegeversicherungsgesetz.

Ich entbinde meine behandelnden Ärzte, die betreuenden Pflegepersonen und die Pflegeeinrichtung von ihrer Schweigepflicht gegenüber der Pflegekasse und dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung, soweit diese Stellen Unterlagen und Auskünfte für die Entscheidung über meinen Antrag auf Pflegeleistungen benötigen.

Des Weiteren bin ich damit einverstanden, dass der Antrag an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung und meine Pflegekasse weitergeleitet wird.

Ort / Datum

Unterschrift



Verpflichtungserklärung zur Übernahme/Regelung der Heimpflegekosten

Ich

Name / Vorname / Betreuer

Straße

Wohnort

Telefon

verpflichte mich, die Heimpflegekosten für

Name / Vorname / Bewohner

Straße

Wohnort

in der Residenz „Leben am Wald“, Heinrich- Glücklich- Str. 11
64689 Grasellenbach zu übernehmen.

Ort und Datum

rechtsverbindliche Unterschrift

Einzugsermächtigung

Ich ermächtige die Residenz Leben am Wald GmbH widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen bei Fälligkeit durch Lastschrift von meinem Konto einzuziehen.

Sofern ich die Einrichtung Residenz Leben am Wald GmbH ermächtige, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen, weise ich zugleich mein Kreditinstitut an, die von der Einrichtung Residenz Leben am Wald GmbH auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Residenz Leben am Wald GmbH spätestens 5 Tage vor Lastschrifteinzug über die Höhe fälliger Beträge informiert (Benachrichtigungsfrist).

Bankverbindung:

Bewohnername

Kontonummer: _____

Bankleitzahl: _____

IBAN: _____

BIC: _____

Bankname: _____

Ort und Datum

rechtsverbindliche Unterschrift



- Biographie Bogen -

Herr / Frau _____

Bezeichnung

Lebenseinstellung (Ängste; Sorgen; Zuversicht; Vertrauen usw.)

Religion (Religionszugehörigkeit, religiöse Bedürfnisse und Einstellungen)

Gewohnheiten & Bedürfnisse (individuelle Rituale wie z.B. jeden Sa Sportschau, regelm. Bestimmte Zeitungen lesen, etc.)

EB und Trinkgewohnheiten (Vorlieben/Abneigungen, bestimmte Gewohnheiten, Essenszeiten)

Freizeitgestaltung/ Hobbies (Sport, Interessensgebiete, Vorlieben)

Musikrichtungen (evtl. spezielle Gruppen, Sänger/in, Lieder, Instrumente)

Farb- und Stilrichtung (Lebensraumgestaltung, Kleider)

Körperpflege und Hygieneverhalten (Schmink oder Rasur Gewohnheiten, Frisur, Duftvorlieben)



Angehörige (Namen und Geburtsdaten der Eltern, Geschwister, Lebenspartner/in, Kinder & andere wichtige Bezugspersonen)

Schulische Ausbildung (Orte Zeitpunkte)

Lehre/Ausbildung/Studium (Orte, Zeitpunkte)

Beruflicher Werdegang (Orte und Zeitpunkte, Firmen/Unternehmen)

Besonderheiten/Ängste (Einstellung zur Pflege & zum Krankheitsbild, wichtige Hinweise für die Mitarbeiter aus Pflege und Therapie)

Privates Umfeld/Umgang (Personenkreise, menschliche Art, Umgang mit Anderen, Auftreten)

Bisheriges Wohnumfeld

Lebensgeschichte (Orte, Zeitpunkte und persönliches von Geburt, Kindheit, Jugend und Erwachsenenalter)



Schlüsselszenen (Geburten, Todesfälle, Unfälle im privaten Umfeld)

Momentan bestehende Kontakte (Familie/Angehörige, Freunde, Bezugspersonen)

_____, den _____

(Unterschrift der Ausfüller / Funktion)

Wurde der Bewohner bei der Erstellung dieser Biographie mit einbezogen?

Ja

Nein

Dokument für die Regelung im Sterbefall

Vor- und Zuname, geb. am

1. Wer ist Ansprechpartner im Falle des Ablebens des vorstehend genannten Heimbewohners / der vorstehend genannten Heimbewohnerin?

Name und Zuname

Anschrift und Telefonnummer

2. Wird für die/den Verstorbene/n geistlicher Beistand erwünscht ?

ja

nein

Wenn geistlicher Beistand erwünscht wird, welche Konfession?

evangelisch

katholisch

sonstige

3. Welche Bestattungsart ist vorgesehen ?

Feuerbestattung

Erbestattung

sonstige

4. Welches Institut wird mit der Überführung beauftragt ?

Wer benachrichtigt das Institut ?

Heim

Angehörige

Wer bezahlt die Überführungskosten ?

Ist eine Grabstelle bereits vorhanden ?

nein

ja

wo ?

5. Welche Kleidung soll dem/der Verstorbenen angezogen werden ?

6. Wer ist berechtigt, den Nachlass des/der Verstorbenen abzuholen ?

Ort, Datum und Unterschrift _____



Residenz Leben am Wald GmbH
Heinrich-Glücklich-Str. 11 – 64689 Grasellenbach

Verstorbener

Familiename, Geburtsname, Vorname, akademische Grade

Beruf

Rechtliche Zugehörigkeit oder Nichtzugehörigkeit zu einer Kirche usw.

Mit der Eintragung
einverstanden?

Geburtstag und -ort, Standesamt und Nr.

Familienstand

Staatsangehörigkeit

Wohnung (Strasse und Hausnummer, PLZ, Ort)

Todestag

Todesstunde
, -minute

zuletzt
gesehen am

Uhrzeit

aufgefunden am

Uhrzeit

Todesart

Todesort, Strasse und Hausnummer

letzte Ehe

Familiename, Geburtsname, Vorname, akademische Grade des Ehegatten

Eheschließungstag und -ort, Standesamt und Nr., Führungsort des Familienbuches, Kennzeichen

Entscheidung über Eheauflösung, Gericht, Az, Tag der Rechtskraft, Staatsangehörigkeit des Ehegatten, Feststellung der zuständigen Behörde bei ausl. Entscheidung

Vom Verstorbenen hinterlassene minderjährige Kinder: Name, Geburtstag, Wohnort und Wohnung

Ort, Datum

Auskunftgeber

(Stempel)

(Unterschrift)

Wohnungsgeberbescheinigung für Pflegeheime

Nach § 19 des Bundesmeldegesetzes (BMG)

Anmeldung

Abmeldung

Residenz Leben am Wald GmbH, Heinrich-Glücklich-Str. 11, 64689 Grasellenbach

Name der Pflegeeinrichtung, Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort

In die genannte Pflegeeinrichtung ist/sind am folgende Person/en eingezogen bzw. ausgezogen

1.
Name, Vorname

2.
Name, Vorname

Name und Anschrift der Pflegeeinrichtung als Wohnungsgeber lauten:

.....
Name des Wohnungsgebers (Träger)

.....
Straße und Hausnummer, Postleitzahl und Ort des Wohnungsgebers (Träger)

Wir bestätigen, dass die vorstehenden Angaben den Tatsachen entsprechen.

Ort/Datum.....

Unterschrift/Stempel der Einrichtung.....



Anmeldebogen der Gemeinde Grasellenbach

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geschlecht: Männlich Weiblich

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Land: _____

Bisherige Wohnung (Straße & Wohnort): _____

Wird beibehalten als

Nebenwohnung Hauptwohnung

oder wird aufgelöst

Familienstand: _____

Nationalität: _____

Konfession: _____

Betreuer/in (falls vorhanden Betreuerausweis in Kopie)

Ort, Datum

Unterschrift