

## Aufnahmeantrag für die stationäre Pflege

- Vollstationäre Pflege**  
 **Kurzzeitpflege**

Datum des gewünschten Einzuges: \_\_\_\_\_

---

### Angaben zur Person der/des Aufzunehmenden:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_ Geb.-datum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_  
Straße/Hausnummer

\_\_\_\_\_ PLZ/Wohnort

\_\_\_\_\_ Telefon

### Derzeitiger Aufenthalt falls abweichend:

- bei Privatperson – Name: \_\_\_\_\_ Straße/Nr.: \_\_\_\_\_  
PLZ/Ort: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

- im Krankenhaus o. a. Institution – seit \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Name des Krankenhauses/der Institution

\_\_\_\_\_ Straße/Nr.

\_\_\_\_\_ PLZ/Ort

\_\_\_\_\_ Ansprechpartner

\_\_\_\_\_ Telefon

### Die Kosten für Pflege und Betreuung werden aufgebracht durch:

- Einkünfte des Aufzunehmenden (Nachweis der Zahlungsfähigkeit beifügen)

Rente: €/Monat \_\_\_\_\_

Witwenrente: €/Monat \_\_\_\_\_

Kriegsopferfürsorge: €/Monat \_\_\_\_\_

Anderer Kostenträger notwendig?

Info erfolgte am \_\_\_\_\_

an zuständiges Sozialamt in \_\_\_\_\_ lt. Kostenzusage vom \_\_\_\_\_

Einstufung in Pflegegrad \_\_\_\_\_ nach SGB XI lt. Bescheid der Pflegekasse vom \_\_\_\_\_

Beantragt am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

**Weitere Angaben des Aufzunehmenden:**

Raucher

Nichtraucher

Bisherige Versorgung durch:

\_\_\_\_\_

**Familienstand:**

ledig

verheiratet

verwitwet

geschieden

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

persönlich wichtigste ausgeübte Tätigkeit: \_\_\_\_\_

**Gegebenenfalls Angaben zur Person des Ehegatten:**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ geborene/-r: \_\_\_\_\_

Geschlecht: \_\_\_\_\_ Geb.-datum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer

PLZ/Wohnort

Telefon

**Angaben zur Person des/der Ansprechpartner/-s bzw. Vertretenden:**

als  Angehörige/-r

lt. Vorsorgevollmacht

Betreuer lt. Bestallungsurkunde

Betreuung wurde beantragt am \_\_\_\_\_

Name/-n: \_\_\_\_\_

Straße/Nr.: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_



---

## Ärztlicher Fragebogen

vom behandelnden Haus- oder Krankenhausarzt auszufüllen

Gesundheitszustand von

Herr/Frau \_\_\_\_\_

(Vor- und Zuname)

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Wohnort)

### A. Hilfe zur körperlichen Pflege notwendig beim (zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |                       |  |                       |
|--|-----------------------|--|-----------------------|
| 1. Aufstehen aus dem Bett                | <input type="radio"/> | 6. Essen und Trinken   | <input type="radio"/> |
| 2. Waschen, Baden                        | <input type="radio"/> | 7. Benutzen der Toilette                                     | <input type="radio"/> |
| 3. Frisieren                             | <input type="radio"/> | 8. Sauberhalten wegen Blasen-<br>und Mastdarmschwäche        | <input type="radio"/> |
| 4. An- und Ausziehen                     | <input type="radio"/> | 9. Lagern zur Nachtruhe und<br>besondere Aufsicht über Nacht | <input type="radio"/> |
| 5. Anlegen orthopädischer<br>Hilfsmittel | <input type="radio"/> |  |                       |

### B. Hilfe zur Teilnahme am Gemeinschaftsleben notwendig, weil Patient (zutreffendes bitte ankreuzen)

- |  |                       |                   |                       |
|--|-----------------------|-------------------|-----------------------|
| 1. völlig bettlägerig ist  | <input type="radio"/> | 6. schwer hört    | <input type="radio"/> |
| 2. nicht allein gehen kann   | <input type="radio"/> | 7. schlecht sieht | <input type="radio"/> |
| 3. sehr beschwerlich geht  | <input type="radio"/> |                   |                       |
| 4. einen Rollstuhl benutzen<br>muss                                  | <input type="radio"/> |                   |                       |
| 5. sich nur in einer Gemein-<br>schaft sinnvoll beschäftigen<br>kann | <input type="radio"/> |                   |                       |

### C. Sonstige Angaben

1. Körpergewicht ca. \_\_\_\_\_ kg
2. An Hilfsmittel oder Körperersatzstücken (z. B. Bruchbänder) werden z. Z. benutzt:

3. Besondere Wünsche (z. B. Diät) \_\_\_\_\_

4. Ist eine laufende ärztliche und medikamentöse Behandlung erforderlich?  ja  nein
5. Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten (z. B. Tuberkulose der Atemwege)?  ja  nein
6. Besteht ein Decubitus?  ja  nein
7. Besteht ein Alkoholabusus?  ja  nein
8. Besteht ein Medikamentenabusus?  ja  nein

**D. Zusätzliche Angaben**

1. ärztliche Diagnosen:

2. Psychischer Befund (Stimmungslage, Intellekt, Verhalten):

3. Der Patient ist desorientiert

Nein

Persönlich

Zeitlich

Örtlich

4. In welcher Weise wird er/sie behandelt? (Medikamentenplan, ggf. AO zur Wundversorgung beifügen):

---

Ort und Datum

---

Stempel und Unterschrift des Arztes