

**ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME / KURZZEITPLFEGE  
IN DER LANDRESIDENZ ALGERMISSEN**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.-Name: \_\_\_\_\_  
Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb.-Ort: \_\_\_\_\_  
Fam.-stand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
Straße, Ort, PLZ: \_\_\_\_\_  
Derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung:  ja  nein  
Betreuung-Name: \_\_\_\_\_  
Anschrift u. Tel.: \_\_\_\_\_  
Wirkungskreis: \_\_\_\_\_

Angehörige: Name: \_\_\_\_\_  
Str., PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Tel.privat: \_\_\_\_\_  
Verw.Grad: \_\_\_\_\_ Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_  
  
Name: \_\_\_\_\_  
Str., PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Tel.privat: \_\_\_\_\_  
Verw.Grad: \_\_\_\_\_ Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_  
  
Name: \_\_\_\_\_  
Str., PLZ, Ort: \_\_\_\_\_ Tel.privat: \_\_\_\_\_  
Verw.Grad: \_\_\_\_\_ Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_

Hausarzt: Name: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Str., PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Apotheke:  Kolping  Hirsch  andere

Krankenkasse/Pflegekasse: \_\_\_\_\_  
Sachbearbeiter: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_  
Pflegestufe z.Z.: \_\_\_\_\_ Höherstufung beantragt:  ja  nein  
Rp.-Geb.-Befreiung:  ja, bis zum \_\_\_\_\_  nein  
Schwerbehinderung: \_\_\_\_\_ Grad: \_\_\_\_\_

Regelungen im Todesfall:  Erdbestattung  Feuerbestattung  
Bestattungsinstitut: \_\_\_\_\_  
Sterbebegleitung gewünscht:  ja  nein

Zimmerwunsch:  Einzelzimmer  Doppelzimmer Zi-Nr.: \_\_\_\_\_  
besondere Wünsche: \_\_\_\_\_

Datum der Anmeldung: \_\_\_\_\_

Termin zur Aufnahme: \_\_\_\_\_

*Medizinisch-pflegerischer Fragebogen zur Heimaufnahme in der  
Landresidenz Algermissen*

**Diagnosen / psychische Besonderheiten:**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

- Inkontinenz Urin
- Inkontinenz Stuhl

**Ermittlung des Hilfebedarfes:**

**Bemerkungen:**

- beim Waschen
- beim Baden und Duschen
- bei der Mund- und Zahnpflege
- beim Kämmen und Rasieren
- bei der Blasen- und Darmentleerung
  
- mundgerechte Vorbereitung der Nahrung
- Hilfe bei der Nahrungsaufnahme
- Sondenkost erforderlich
- Diätkost erforderlich
  
- beim Aufstehen / Zubettgehen
- beim An- und Auskleiden
- beim Stehen
- beim Gehen
- beim Treppensteigen
- Verlassen /Wiederaufsuchen des Wohnraumes

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Folgende Hilfsmittel sind vorhanden:**

- Brille
- Hörgerät
- Gehstock
- Gehwagen
- Rollator
- Rollstuhl
- Orthopädische Schuhe
- Lagerungsartikel
- Anti-Decubitusmatratze
- Zahnprothese teilweise oder voll

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---