



**Bitte lassen Sie uns den Anmeldebogen ausgefüllt, mit aktuellem ärztlichen Bericht oder vorläufigem Entlassbrief aus dem Krankenhaus, zukommen:**

- per Mail an [verwaltung@bbr-hdh.de](mailto:verwaltung@bbr-hdh.de)
- oder postalisch an: Brenzblick Residenz; Schmittstraße 15; 89522 Mergelstetten

**Sie sind auf der Suche nach:**

- Kurzzeitpflegeplatz       Dauerpflegeplatz

- Bevorzugt:     Einzelzimmer       Doppelzimmer

Nächstmöglicher Einzugstermin: \_\_\_\_\_

**Daten der aufzunehmenden Person:**

Name:	
Vorname:	
Geburtsname:	
Geburtsdatum:	
Geburtsort:	
Straße und Hausnr.:	
PLZ/Ort:	
Telefon/Fax:	
Handynummer:	
E-Mail:	
Bundesland:	
Landkreis:	
Familienstand:	

Religionszugehörigkeit:		
Derzeitiger Aufenthaltsort: (z.B. Krankenhaus, Pflegeheim, REHA, zuhause,...)		
(Kopie) Personalausweis vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(Kopie) Patientenverfügung vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
(Kopie) Vollmacht vorhanden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

### Gesundheitliche Informationen zur aufzunehmenden Person

Liegt aktuell eine Infektion vor?     nein     ja falls ja, welche \_\_\_\_\_

#### Wunden:

Gibt es offene Wunden?                     nein     ja, Wundart: \_\_\_\_\_

#### Orientierung:

Die Person ist zu

- Ort	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> teilw. orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert
- Zeit	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> teilw. orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert
- Personen	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> teilw. orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert
- Situation	<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> teilw. orientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert

#### Stimmung:

unauffällig / freundlich     depressiv / suizidgefährdet     wahnhaft / aggressiv

Hin- oder Weglauftendenz:     ja                     nein

*Wir weisen Sie darauf hin, dass wir keine geschlossene Einrichtung sind.*

#### Stürze:

Gab es in den letzten 6 Monaten Stürze?     ja     nein

Wie häufig? \_\_\_\_\_

Gab es Folgen? \_\_\_\_\_

**Pflegehilfsmittel:**

Folgende Hilfsmittel werden benötigt:

- Brille
- Hörgerät       links       rechts
- Zahnprothese       oben       unten
- Gehstock
- Rollator       ja     nein       Eigentum     von der Kasse
- Rollstuhl       ja     nein       Eigentum     von der Kasse
- Sonstiges: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Krankenkasse:**

Name der Krankenkasse:		
Straße: PLZ/Ort:		
Telefon:		
E-Mail:		
Versicherungsnummer:		
Zuzahlungsbefreiung vorhanden:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

**Angaben zum Pflegegrad:**

- Genehmigter **Pflegegrad:**       1     2     3     4     5
- Noch keinen Pflegegrad    Beantragt am: \_\_\_\_\_
- Höherstufung beantragt    Beantragt am: \_\_\_\_\_
- Voraussichtlicher **Pflegegrad:**       1     2     3     4     5

**Angaben zum Finanziellen:**

Selbstzahlung:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Angabe Rente, Vermögen, Sonstiges:		
Sozialhilfe:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sozialhilfebescheid liegt vor:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sozialhilfe wurde beantragt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Rechnungsempfänger:		

**Angaben zu Angehörigen/Kontaktpersonen:**

	<input type="checkbox"/> Primärkontakt <input type="checkbox"/> Betreuung/Vollmacht	<input type="checkbox"/> Primärkontakt <input type="checkbox"/> Betreuung/Vollmacht	<input type="checkbox"/> Primärkontakt <input type="checkbox"/> Betreuung/Vollmacht
Name:			
Vorname:			
Verwandschaftsgrad:			
Straße+ Hausnr.:			
PLZ/Ort:			
Telefonnummer.:			
Handynummer.:			
E-Mail:			
Faxnummer:			

**Angaben zu behandelnden Ärzten:**

	<b>Hausarzt</b>	<b>Facharzt</b>	<b>Zahnarzt</b>
Name:			
Straße+ Hausnr.:			
PLZ/Ort:			
Telefonnummer:			
Faxnummer:			
E-Mail:			