



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
- 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:

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