

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: _____

zuständige Krankenkasse: _____

Mitgliedsnummer: _____

Schwerbehindertenausweis: ☐ ja ☐ nein
Fahrkostenbefreiung: ☐ ja ☐ nein
Arzneimittel/Zuzahlungsbefreiung: ☐ ja befristet bis _____ ☐ nein

Wie möchten Sie im Notfall informiert werden?

☐ 24 h rund um die Uhr ☐ von _____ bis _____

Wünschen Sie die Unterstützung eines ambulanten Hospizdienstes?

☐ Ja ☐ nein

Welches Bestattungshaus soll zu gegebener Zeit kontaktiert werden?

Besteht eine Abneigung gegen Haustiere? ☐ nein

☐ Ja, gegen _____

Über wessen Vermittlung erfolgte die Einreichung des Aufnahmeantrages?

- ☐ Hausarzt _____
☐ Krankenhaus: welches _____
☐ Sozialamt in _____
☐ Angehörige _____
☐ Sonstige, welche _____

Dem Aufnahmeantrag beizufügen sind:

Kopie der aktuellen Rentenbescheide (bei Einzug in stationäre Pflege)
Bescheid der zuständigen Pflegekasse über den aktuellen Pflegegrad mit Gutachten
Kopie der Geburts- bzw. Heiratsurkunde
Kostenbestätigung von anderen Kostenträgern falls vorhanden
Vorsorgevollmacht
Patientenverfügung falls vorhanden

Die Angaben dieses Aufnahmeantrages sind verbindlich und gelten bis auf Widerruf. Der Antrag ist zusammen mit dem vom Arzt auszufüllenden beiliegenden Fragebogen einzureichen. Für den Fall der Aufnahme ist der Aufnahmeantrag Bestandteil des Pflegevertrages.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Aufzunehmenden

Unterschrift der/des vertretenden Berechtigten

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- und Mastdarmschwäche | <input type="radio"/> |
| 4. An- und Ausziehen | <input type="radio"/> | 9. Lagern zur Nachtruhe und besondere Aufsicht über Nacht | <input type="radio"/> |
| 5. Anlegen orthopädischer 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 muss | <input type="radio"/> | | |
| 5. sich nur in einer Gemeinschaft sinnvoll beschäftigen kann | <input type="radio"/> | | |

C. Sonstige Angaben

- Körpergewicht ca. _____ kg
- An Hilfsmittel oder Körperersatzstücken (z. B. Bruchbänder) werden z. Z. benutzt:

- 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

Einverständniserklärung in die Erhebung und Verarbeitung von Daten

durch den:
DRK Seniorenwohnpark Großräschen
Wilhelm-Pieck-Str. 22
01983 Großräschen

Für unseren Dienst erfolgt die Erhebung und Verarbeitung folgender personenbezogener Daten:

- Name
- Geburtsdatum
- Adresse
- Telefonnummer
- Versichertennummer
- Pflegegrad
- ärztliche Diagnosen
- verordneter Behandlungsplan
- Vorsorgevollmacht und Patientenverfügung
- Name und Telefonnummer von Angehörigen/ Betreuer*innen/ Vorsorgebevollmächtigten
- Kopie des Betreuerausweises

Diese Daten werden auf dem Server von DNS:NET InternetService GmbH/ Rechenzentren in Berlin, gespeichert und können nur von berechtigten Personen eingesehen werden. Wir versichern hiermit, dass die von uns durchgeführte Datenverarbeitung auf der Grundlage geltender Gesetze erfolgt und für das Zustandekommen des Vertragsverhältnisses notwendig ist. Darüber hinaus benötigt es für jede weitere Datenerhebung die Zustimmung des Nutzers. Eine automatische Löschung erfolgt nach *30 Jahren*, insofern entsprechende Daten nicht weiter benötigt werden.

Nutzerrechte

Der Unterzeichnende hat das Recht, diese Einwilligung jederzeit ohne Angabe einer Begründung zu widerrufen. Weiterhin können erhobene Daten bei Bedarf korrigiert, gelöscht oder deren Erhebung eingeschränkt werden. Auf Anfrage können Sie unter der untenstehenden Adresse eine detaillierte Auskunft über den Umfang der von uns vorgenommenen Datenerhebung verlangen. Auch kann eine Datenübertragung angefordert werden, sollte der Unterzeichnende eine Übertragung seiner Daten an eine dritte Stelle wünschen.

Folgen des Nicht-Unterzeichnens

Der Unterzeichnende hat das Recht, dieser Einwilligungserklärung nicht zuzustimmen – da der DRK Seniorenwohnpark Großräschen jedoch auf die Erhebung und Verarbeitung genannter Daten angewiesen ist, würde eine Nichtunterzeichnung eine Inanspruchnahme der Leistungen des DRK Seniorenwohnpark Großräschen ausschließen.

Kontakt

Beschwerden, Auskunftsanfragen und andere Anliegen sind an folgende Stelle zu richten:

DRK-Kreisverband Lausitz e.V.
Puschkinstraße 2
01968 Senftenberg

Betrieblicher Datenschutzbeauftragter ist
Hans-Joachim Klump
E-Mail: datenschutz@drk-lausitz.de

Der Unterzeichnende hat ein Beschwerderecht und kann Beschwerden auch an die zuständige Aufsichtsbehörde/ der Landesbeauftragten für den Datenschutz richten.

Die Landesbeauftragte für den Datenschutz und für das Recht auf Akteneinsicht ist
Dagmar Hartge
Stahnsdorfer Damm 77
14532 Kleinmachnow
Tel.: 033203/356-0
Fax: 033203/356-49
E-Mail: Poststelle@LDA.Brandenburg.de

Zustimmung durch den Nutzer

Hiermit versichert der Unterzeichnende, der Erhebung und der Verarbeitung seiner Daten durch den DRK Seniorenwohnpark Großräschen, zuzustimmen und über seine Rechte belehrt wurden zu sein:

.....
Datum, Unterschrift