

An das Seniorenbüro - Fehrenbachallee 12, 79106 Freiburg - Tel. 0761/201-3032, Fax 0761/201-3039,
E-Mail: seniorenbuero@stadt.freiburg.de oder direkt an die Pflegeeinrichtung > Fax:

Anmeldung für einen ☒ Stationären Dauerpflegeplatz
☐ Kurzzeitpflegeplatz ☐ SGB V (Krankenvers.) ☐ SGB XI (Pflegevers.)

(wenn möglich zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten ärztlichen Fragebogen einreichen)

Vor- und Zuname **BLASEL, Emmy** Geburtsdatum **23.01.1932**
Straße, PLZ, Ort **Saalenberg 9, 79294 Sölden**
Telefon Familienstand
Geburtsort Nationalität Konfession

Hausarzt (Name, Telefon) **Dr. med. Hans-Helmut Vogt, Sölden, 0761/407704 HA**
Fachärztliche Betreuung Telefon

Bei Klinikaufenthalt (Name der Klinik) **AMEOS Klinikum Kaiserstuhl, Bischoffingen, Tel. 07662/811-0, Fax - 320**

Kliniksozialdienst (Name, Telefon des Sozialdienstes) **Oliver Hand 07662/811-250 (Di-Fr 8-12.30 Uhr + AB)**

Krankenkasse / Beihilfestelle **Barmer Ersatzkasse, KV-Nr.: H 999709958**
und Krankenvers.Nr.

Vollmacht ☒ vorhanden ☐ beantragt ☐ bestellt Patientenverfügung ☐ vorhanden ☐ beantragt

Angehörige / Bevollmächtigte Person / Rechtlicher Betreuer

1. Vor- und Zuname **Herr Blasel, Dieter** Telefon **0761/407499**
(familiärer) Bezug **Ehefrau** Handy

Straße, PLZ, Ort

E-Mail:

2. Vor- und Zuname

(familiärer) Bezug

Straße, PLZ, Ort

E-Mail:

Zimmerwunsch ☒ EZ ☐ DZ

Finanzierung ☒ eigenes Einkommen/Vermögen ☐ Sozialhilfe

Liegt die Einstufung in eine Pflegegrad vor? ☐ Einstufung beantragt am
Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☒ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Höherstufung beantragt am

Angestrebtes Aufnahmedatum / Klinikentlassdatum:

10.10.2018

Die Anmeldung mit o.g. Angaben sowie das ärztliche Zeugnis werden vom Seniorenbüro mit Pflegestützpunkt für die sachgerechte Suche und Vermittlung eines (Kurzzeit-)Pflegeplatzes erhoben und bei Bedarf an die von mir gewünschte Pflegeeinrichtung weitergegeben. Des Weiteren werden die Daten vom Seniorenbüro für statistische Zwecke anonymisiert genutzt. Die Daten werden ansonsten für keine anderen Zwecke verwendet. Ich wurde darauf hingewiesen, dass die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt und bin damit einverstanden, dass die Unterlagen zu den genannten Zwecken verarbeitet und weitergegeben werden. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit der Angaben.

Ort, Datum Vogtsburg, den **04.10.18**

Unterschrift

Die Anmeldung erfolgte durch (Vor- u. Zuname)

Oliver Hand

Entlassmanagement AMEOS Klinik

Baumgasse 1, 79129 Freiburg
Tel. 07662-811-0, Fax 07662-811-3039

Signature Di. 16.10.18

Zi. 2.52

~ 10-11 L

- 1 -

Seniorenbüro mit Pflegestützpunkt, Fehrenbachallee 12, 79106 Freiburg, Tel. 0761/ 201-3032, Fax 201- 3039

Ärztliches Zeugnis Teil 2 (Pflegebericht / Pflegeüberleitungsbogen – mit Teil 1 einzureichen)

Name Blasel Vorname Emmy Geb.-Datum 23.01.1932

Aktivität...	selbständig ggf. mit Hilfsmitteln möglich	mit geringer punktueller Hilfe möglich	nur mit überwiegend personeller Hilfe	unselbst- ständig/ wird fremdüber- nommen	
Mobilität					
Positionswechsel im Bett (Drehen, Aufrichten)		<u>X</u>		<u>X</u>	
Halten einer stabilen Sitzposition (Sessel)			<u>X</u>		
Umsetzen (Transfers)			<u>X</u>	<u>X</u>	
Fortbewegen im Wohnbereich (auf einer Ebene)				<u>X</u>	
Treppensteigen				<u>X</u>	
Liegt Bettlägerigkeit vor? <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja					
Körperbezogene Pflegemaßnahmen					
Waschen d. vorderen Oberkörpers			<u>X</u>	<u>X</u>	
Intimhygiene				<u>X</u>	
Duschen und Baden (Körper, Haare)			<u>X</u>	<u>X</u>	
An-/ Auskleiden des Oberkörpers				<u>X</u>	
An-/ Auskleiden des Unterkörpers				<u>X</u>	
Benutzen einer Toilette				<u>X</u>	
	Nein	Ja			
		selbständig	geringe punktuelle Hilfe	überwiegend personelle Hilfe	unselbst- ständig
Stuhlinkontinenz		Bewältigung			<u>X</u>
Dauerkatheter/ Urostoma	<u>X</u>	Umgang			
Haminkontinenz		Bewältigung	<u>gelegentlich</u>		<u>X</u>
Stoma	<u>X</u>	Umgang			
Essen					
Aufnahme der Nahrung		<u>X</u>			<u>X</u>
Mundgerechte Zubereitung					
Trinken		<u>X</u>			
Ernährung parental (PEG/ PEJ) Art der Sonde					

Besondere Nahrung/ Ernährung erforderlich? ☒ nein ☐ ja, welche?

Werden Pflegehilfsmittel benötigt? ☐ nein ☒ ja, welche? IKH
bereits verordnet? ☒ nein ☐ ja bereits vorhanden? ☐ nein ☒ ja

Besonderheiten
Einmal am Tag steht angestrichen kein aufnahme in
Selbstkleiden an

Ausgefüllt von (Arzt/ Pflegekraft) Dr. H. Janda
Datum, Unterschrift u. Telefonnummer

Stand: 01/2017

-3-

An das Seniorenbüro mit Pflegestützpunkt,
Tel. 0761/ 201-3032,
Fax Seniorenbüro: 0761/ 201- 3039
oder direkt an die Pflegeeinrichtung.....

Fehrenbachallee 12, 79106 Freiburg,
E-Mail: seniorenbuero@stadt.freiburg.de

Fax-Nr.:.....

Ärztliches Zeugnis für die Anmeldung zur ☒ stationären Dauerpflege

Teil 1 (mit Teil 2 einzureichen)

☐ Kurzzeitpflege ☐ nach SGB V ☐ nach SGB XI

Name Blasel Vorname Emmy Geb.-Datum 23.01.1937

Anschrift Seidenbergg. 9, 79294 Sölden

pflegebegründende Diagnosen (leserlich /keine Abkürzungen) V.a. Gastroenteritis
mit Exsikose, V.a. Demenz, Immobilität, Inkontinenz, Trans-
versumkarzinom, Antikoagulationstherapie bei Sturzgefahr

Weitere Diagnosen/ Symptome:

Psychische Erkrankung? ☐ nein ☒ ja, welche? V.a. Demenz

Suchtkrankheit? ☒ nein ☐ ja, welche?

Ansteckende Krankheit? ☒ nein ☐ ja, welche?

Multiresistenter Keim? ☒ nein ☐ ja, welcher?.....wo?.....

Allergie? ☐ nein ☐ ja, welche? nicht bekannt

Hörbehinderung? ☐ nein ☒ leichte ☐ schwere Sehbehinderung? ☐ nein ☒ leichte ☐ schwere

Sprachstörung? ☒ nein ☐ leichte ☐ schwere Schluckstörung? ☒ nein ☐ leichte ☐ schwere

Dekubitus? ☒ nein ☐ ja, wo?

Kontrakturen? ☒ nein ☐ ja, wo?

Gewicht: kg Größe: m

Behandlungspflege (z.B. bei Medikation, Injektion, Verbandwechsel)

pers. Hilfe erforderlich? ☒ ja, bei 3x tägl. wie oft? Medis

Prognose Pflegeaufwand? ☐ abnehmend ☐ gleichbleibend ☒ zunehmend

Besteht der Pflegebedarf voraussichtlich mind. 6 Monate? ☐ nein ☒ ja

Liegt eine Palliativsituation vor? ☒ nein ☐ ja ☐ noch unklar

Kognitive/ kommunikative

Fähigkeiten größtenteils in geringem nicht

unbeeinträchtigt vorhanden Maße vorh. vorhanden

Zeitliche Orientierung ☐ ☐ ☐ ☒

Örtliche Orientierung ☐ ☐ ☐ ☒

Orientierung in der Person ☐ ☐ ☒ ☐

Verstehen von Sachverhalten/ Informationen ☐ ☐ ☒ ☐

Mitteilen von Schmerz/ Durst/Hunger/Kälteempfinden ☐ ☐ ☒ ☐

Verstehen von Aufforderungen (Hören / kognitiv) ☐ ☒ ☐ ☐

Besondere Verhaltensauffälligkeiten? nein selten gelegentlich täglich

Unruhe-/ Angstzustände ☐ ☐ ☐ ☒

depressive Zustände ☐ ☐ ☒ ☐

abwehrendes Verhalten ☒ ☐ ☐ ☐

Hin-/Weglauffendenz ☒ ☐ ☐ ☐

Besonderheiten

Der/die Patient/in ist mit einer Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung

☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden ☒ Verständigung nicht möglich.

Die Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung ist aus ärztlicher Sicht notwendig ☐ nein ☒ ja

Datum, Unterschrift u. Telefonnummer des Arztes Wassm. Henne

Stand: 01/2017

1

-2-