



Qualitätsmanagement Handbuch

Geltungsbereich:
Haus am Bibowsee

Anmeldung Heimaufnahme_5.14.4.4

PWG gGmbH
„Haus am Bibowsee“
Am See 1 * 19417 Nisbill

Tel.: 038482 / 228 100 Fax: 038482 / 228 222

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt
ausgefüllten Fragebogen zur Heimaufnahme
abgeben!)

Vor- und Zuname: _____ **geb.:** _____

Adresse: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Telefon: _____

Geburtsdatum/-ort: _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

Angehörige: _____

Betreuer: _____
(nach dem Betreuungsrecht)

Telefon: _____

Wirkungskreis: _____

Krankenkasse: _____

Pflegegrad: _____

Termin zur Aufnahme: _____

Kostenträger: _____

Hinweise: _____

Beanstandungen: _____

Ergänzungen: _____

Ort, Datum:

Unterschrift:

Anmeldung zur Heimaufnahme		
Bearbeiter/in: Katrin Niens - QB Gabriele Waack – HL, Ines Sadewasser - PDL	erstellt: 06/2017	Freigegeben: Frank Tschiesche ppa.
Geprüft: 13.06.2017	Seite 1 von 4	Datum: 27.06.2017

PWG gGmbH
„Haus am Bibowsee“
Am See 1 * 19417 Nisbill
 Tel.: 038482 / 228 100 Fax: 038482 / 228 222

Ärztlicher Fragebogen

(anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme, vom Hausarzt oder Stationsarzt ausfüllen lassen!)

Zuname: _____

Vorname: _____

Geboren am: _____

Diagnosen: _____

Auf fremde Hilfe angewiesen bei folgenden Verrichtungen:

Körperpflege: _____

(waschen, baden, duschen, Ganz- oder Teilwäsche u. s. w.)

Mobilität: _____

(An- und Auskleiden, Hilfe beim Transfer, Lagerung)

Ernährung: _____

(Diät, Hilfe beim Essen, zerkleinern, anreichern)

Wie ist die Gemütsstimmung (seelische Verfassung)?

Anmeldung Heimaufnahme		
Bearbeiter/in: Katrin Niens - QB Gabriele Waack – HL, Ines Sadewasser - PDL	erstellt: 06/2017	Freigegeben: Frank Tschiesche ppa.
Geprüft: 13.06.2017	Seite 2 von 4	Datum: 27.06.2017

Orientierung: zeitlich _____
 örtlich _____
 persönlich _____
 situativ _____

Inkontinent: ja / nein
 (Stuhl/ Urin- Inkontinenz, Katheter, künstlicher Ausgang)

Bei DK bzw. SPDK: Ch _____ letzter Wechsel am _____

Sondennahrung ja / nein
 (Bezeichnung der Nahrung)

Trachenalkanüle ja / nein Größe _____ letzter Wechsel am _____

Beatmung ja / nein

Ist der Patient frei von ansteckenden Krankheiten? ja / nein

Ist der Patient an Tbc erkrankt? §36 Abs.4 Infektionsschutzgesetz ja / nein

Aktuelles Röntgenbild aus den letzten 3 Monaten!

Gesundheitszeugnis vom: _____

Pflegegrad vorhanden? nein

ja/ welcher _____

Anmeldung Heimaufnahme		
Bearbeiter/in: Katrin Niens - QB Gabriele Waack – HL, Ines Sadewasser - PDL	erstellt: 06/2017	Freigegeben: Frank Tschiesche ppa.
Geprüft: 13.06.2017	Seite 3 von 4	Datum: 27.06.2017

