

# DRK Senioren-, Pflege- und Betreuungszentrum Meiningen gGmbH

Am Hölzlein 7, 98617 Meiningen

Telefon: 03693/8820 Fax: 03693/882105

## Anmelde- und Aufnahmeantrag

### 1. Persönliche Angaben

Familienname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Personalausweisnr.: \_\_\_\_\_ gültig bis: \_\_\_\_\_

Zurzeit in welchem Krankenhaus oder anderen Pflegeeinrichtung:

\_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Anschrift Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt / Anschrift, Tel./Fax: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die Angehörigen bitte nach Priorität aufzählen:

Angehörige (1): \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefonnr.: \_\_\_\_\_



5. Schwerbehindertenausweis:  Ja

Grad: \_\_\_\_\_ % Ausweis-Nr.: \_\_\_\_\_

gültig bis: \_\_\_\_\_ Merkzeichen: \_\_\_\_\_

Nein

6. Sonstiges:

dementielle Erkrankung:  ja  nein

Hinlauftendenz:  ja  nein

vorhand. Hilfsmittel:

Brille  Kontaktlinsen  Hörgerät

Rollstuhl  Rollator  Gehhilfen

Toilettenstuhl  Antidekubitusmatratze

Zahnprothesen  Oberkiefer  Unterkiefer

Prothese (Bein/Arm)

spez. Lagerungskissen

sonstige: \_\_\_\_\_

Hilfebedarf	nein	Ja	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen					
Treppen steigen					
Essen					
Körperpflege					
Frisieren / Rasieren					
Ankleiden					
Aufstehen					
zu Bett gehen					
Lagerung					
Toilettenbenutzung					
Bettlägerigkeit					

Rundfunk- / Fernsehgebührenbefreiung:  Ja  Nein

Medikamentenzuzahlungsbefreiung:  Ja  Nein gültig bis: \_\_\_\_\_

Allergien/Unverträglichkeiten:  Ja  Nein welche: \_\_\_\_\_

Haftpflichtversichert:  Ja  Nein

Fotodokumentation erlaubt:  Ja  Nein

Patientenverfügung vorhanden  Ja  Nein

Bestattungsunternehmen: \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Vorhandenes Testament:  Ja  Nein Hinterlegungsort: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Antragsteller

\_\_\_\_\_  
Betreuer/Bevollmächtigter

## Ärztlicher Fragebogen

**DRK Senioren-, Pflege- und  
Betreuungszentrum Meiningen gGmbH**

**Am Hölzlein 7, 98617 Meiningen**

**Telefon: 03693/8820      Fax: 03693/882105**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Orientierung:      zeitlich      örtlich      persönlich      situativ  
 ja  nein     ja  nein     ja  nein       ja  nein

Unruhezustände:  ja  nein    wann: \_\_\_\_\_

Psych. Störungen:  ja  nein welche: \_\_\_\_\_

Hinlauftendenz:  ja  nein

allg. Stimmungslage: \_\_\_\_\_

Suchterkrankung:  ja     nein welche: \_\_\_\_\_

Raucher/in:       ja     nein

Inkontinenz:     ja       nein       Harn-       Stuhlinkontinenz  
 Stress-  Drang-  Reflex-  Überlauf-  Extraurethrale Inkontinenz

körperliche Behinderungen:  ja       nein

welche: \_\_\_\_\_

Ansteckende Erkrankungen:    Norovirus  ja  nein    MRSA     ja  nein

Hepatitis  ja  nein    Tuberkulose  ja  nein

andere:     ja welche: \_\_\_\_\_

Patient/in ist frei von ansteckenden Krankheiten lt. Infektionsschutzgesetz     ja     nein

Ärztliche Diagnosen \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Diabetes mellitus     ja     nein    Typ \_\_\_\_\_

Insulintherapie:     ja     nein    intensivierte Insulintherapie:  ja     nein

Insulinart	morgens	mittags	abends	nachts

Bedarfsmedikation:  ja  nein welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Medikation:

Medikament / Stärke	Anzahl morgens	Anzahl mittags	Anzahl abends	Anzahl nachts

Medikamenteneinnahme selbständig:  ja  nein

Insulininjektion selbständig:  ja  nein

Notwendigkeit der Einhaltung einer Diät:  ja  nein welche: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Weitere Hinweise und Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der/des Patientin/en.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes