

Alten- und Pflegeheim Fabianek GmbH

Ihre Einrichtung für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen



Anlage zur Interessenteninformation



**Zur alten Schmiede 8
51570 Windeck**

☎ (02243) 6332

☎ (02243) 8473453

✉ info@Pflegeheim-Fabianek-GmbH.de

In der Au 21

51570 Windeck

☎ (02243) 83502

☎ (02243) 80672

Stand 21. Dezember 2011



Mitglied im Bundesverband
privater Anbieter sozialer Dienste e.V.



Alten- und Pflegeheim Fabianek GmbH

Ihre Einrichtung für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen

Was Sie mitbringen sollten:

Für die Verwaltung:

- Personalausweis
- Schwerbehindertenausweis
- Krankenversicherungskarte
- Befreiungsausweis von den Rezeptgebühren
- Letzter Rentenbescheid
- Bescheid über die Einstufung durch die Pflegekasse
- Bankverbindung, Kontonummer, Bankleitzahl
- Geburtsurkunde
- Abmeldung alte Wohnung
- Ärztlicher Fragebogen
- Ärztliches Attest gem. § 36 Infektionsschutzgesetz
- bei ungeklärter Kostenübernahme Bürgschaftserklärung des die Aufnahme Veranlassenden

Ärztliches „Gesundheitszeugnis“

In § 36 Abs. 4 IfSG (Infektionsschutz-Gesetz) ist geregelt, dass Personen, die in eine Betreuungseinrichtung oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des Wohn- und Teilhabegesetzes aufgenommen werden, **vor oder unverzüglich nach der Aufnahme** der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis vorzulegen haben, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose vorliegen.

Die Erhebung der Befunde darf nicht länger als sechs Monate zurückliegen. Die Personen sind verpflichtet, die notwendigen Untersuchungen zu dulden.



Alten- und Pflegeheim Fabianek GmbH

Ihre Einrichtung für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen

Für den Pflegebereich:

- Pflegeverlegungsbericht
- Medikamentenverordnungsblatt
- Name und Anschrift / Telefonnummer Ihres Hausarztes
- Vorhandene Medikamente
- Rollstuhl
- Andere Hilfsmittel
- Kosmetikartikel
- Waschzeug
- 3 Handtücher
- 3 Waschlappen
- Mindestens 7 Garnituren Unterwäsche
- Nachtwäsche
- Morgenmantel / Bademantel
- Hausschuhe
- Feste Schuhe
- Oberbekleidung für warme und kalte Tage
- Mantel oder Jacke

Wichtig!

Alle Bekleidungsstücke sollten vor Aufnahme in unser Haus mit Ihrem Namen gekennzeichnet sein!



Alten- und Pflegeheim Fabianek GmbH

Ihre Einrichtung für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen

Alten- und Pflegeheim Fabianek GmbH

Name des/r Bewohner/in:

Zimmer Nr.:

Datum:

Bekleidungsbestand

Bei Einzug

Bei Auszug

Anderer Anlass

Menge / Art der Bekleidung	Material	Menge	Alle Bekleidungsstücke sind aufzunehmen und vom Bewohner oder seinem Beauftragten gegenzuzeichnen.
Oberbekleidung	z.B.: Wolle, Kunstfaser etc.		
Bluse			
Gürtel			
Halstuch			
Handschuhe			
Hemd			
Hose (kurz / lang)			
Hut / Mütze			
Jacke			
Jogging-Anzug			
Krawatte			
Mantel			
Polo-Hemd			
Pullover			
Rock			
Schal			
Schuhe			
Strickjacke			
Strümpfe / Socken			
Taschentücher			
T-Shirt			
Unterbekleidung			
Badeanzug			
Badehose			
Bademantel			
BH			
Korsett			
Miederhose			
Morgenmantel			
Nachthemd			
Schlafanzug			
Strumpfhalter			
Unterhemd			
Unterhose			
Andere Bekleidungsstücke			

Bewohner/Beauftragter:

Aufnehmende/r:



Alten- und Pflegeheim Fabianek GmbH

Ihre Einrichtung für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen

Fragebogen zum Einzug

- ❖ vollstationäre Pflege und Betreuung ab: _____
- ❖ Kurzzeitpflege von: _____ bis: _____

I. Allgemeiner Teil			
<i>Vom Interessenten auszufüllen (möglichst in Druckbuchstaben)</i>			
Vor- und Zuname			Titel
	Geburtsname	Geburtsdatum	Geburtsort
Adresse	Straße/PLZ/Ort		
			Telefon
derzeitiger Aufenthalt	Straße/PLZ/Ort		
			Telefon
Familienstand		Staatsangehörigkeit	
Konfession		Sprache	
Angehörige	1. Name		
	Straße/PLZ/Ort		
	wie verwandt		Telefon
	2. Name		
	Straße/PLZ/Ort		
	wie verwandt		Telefon



Alten- und Pflegeheim Fabianek GmbH

Ihre Einrichtung für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen

Betreuer	Name	Telefon	
	Straße/PLZ/Ort	Telefax	
		Mobil	
Wirkungskreis der Betreuung Aktenzeichen:	<input type="checkbox"/> Ämter und Behörden <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Postvollmacht <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten		
	Einwilligungsvorbehalt		
Bisher behandelnder Arzt	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
		Telefon	
Krankenkasse	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
		Telefon	
	Mitgliedsnummer	Kassenmitglied ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Familienangehöriger ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Versichertenkarte gültig bis		Sachbearbeiter/in
	Zuzahlungsbefreiung (Bescheinigung)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	erhalten Sie bereits Leistungen der Pflegekasse	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Kostenträger Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sozialamt <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/>	Name	Aktenzeichen	
	Straße/PLZ/Ort		
		Telefon	

Ich entbinde die mich behandelnden Ärzte von der Pflicht zur Verschwiegenheit. Ich bin damit einverstanden, dass Diagnosen, Befunde und Medikation an die Betreuungseinrichtung weitergegeben werden und bitte den Arzt, aktiv an der Pflegedokumentation mitzuwirken.

Ort, Datum

Unterschrift



Alten- und Pflegeheim Fabianek GmbH

Ihre Einrichtung für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen

II. Ärztlicher Fragebogen				
<i>Vom behandelnden Arzt auszufüllen</i>				
Name:		Vorname:		
Diagnose die zum Einzug führt:				
Weitere bekannte Vorerkrankungen				
Inkontinenz	Stuhl <input type="checkbox"/>	Harn <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>
Nächtliche Unruhe			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung				
Zur Person			Ja <input type="checkbox"/>	zeitweise <input type="checkbox"/>
Zum Ort			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Zeit			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zur Situation			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notwendige Hilfe bei		selbständig	mit Hilfe	übernehmen
Körperpflege waschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Duschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund- und Zahnpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen / Rasieren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Darm-/Blasenentleerung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen, zu Bett gehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährung	Mundgerecht <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	Teilweise <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	Rollstuhl <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stimmungslage	<input type="checkbox"/> depressiv	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> wechselnd	<input type="checkbox"/> aggressiv
Nach ärztlicher Einschätzung ist vollstationäre Pflege notwendig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, der/die Pflegebedürftige erfüllt die Kriterien des PflegeVG zur Einstufung in die Pflegestufe <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III				
Derzeitige Medikation				
Arzneimittel	morgens	mittags	abends	nachts



Alten- und Pflegeheim Fabianek GmbH

Ihre Einrichtung für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen

Anhang



Alten- und Pflegeheim Fabianek GmbH

Ihre Einrichtung für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen

Einzugsermächtigung

(Pflege- und Betreuungskosten, Unterbringungskosten und Zusatzleistungen)

Hiermit ermächtige/n ich/wir die Pflegeheim Fabianek GmbH, ab bis auf Widerruf, monatlich die Pflege- und Betreuungskosten inklusive Unterbringungskosten für: Frau / Herrn _____ laut Einrichtungsvertrag, sowie die von mir/uns bzw. der von mir/uns betreuten Person in Anspruch genommenen Wahl-/Zusatzleistungen von folgendem Konto abzubuchen.

Name des/der Bewohner/in:

Kontonummer:

Bankleitzahl:

**Name und Anschrift
des Geldinstituts:**

**Kontoinhaber mit Anschrift
falls abweichend vom Bewohner::**

(Datum)

(Unterschrift des Kontoinhabers)



Alten- und Pflegeheim Fabianek GmbH

Ihre Einrichtung für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen

Fragebogen zu den bisherigen Lebensgewohnheiten

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent,
sehr geehrter Angehörige!

Jeder Mensch hat seine Gewohnheiten, Vorlieben oder Abneigungen. Diese möchten wir bei jeder Bewohnerin und bei jedem Bewohner, die zu uns kommen berücksichtigen und für die persönliche Gestaltung der Pflege und des Tagesablaufes nutzen. Selbstverständlich werden wir alle Informationen vertraulich behandeln.

Wir bitten Sie deshalb, uns einige Fragen zu beantworten. Sie haben die Möglichkeit diesen Bogen alleine auszufüllen oder aber mit einem Mitarbeiter der Sozialen Betreuung. Die Mitarbeiter sind Ihnen gerne behilflich.

Name: _____ Vorname: _____ geb. am _____

Wo sind Sie geboren und aufgewachsen?
(Herkunftsland) _____

- ländliche / dörfliche Umgebung
 städtische Umgebung

Sind Ihnen Lebensereignisse von besonderer Bedeutung? (z.B. Kinder- und Jugendzeit, Geschwister, Flucht, Umzug, Reisen, Eheschließung, Kinder, Enkel, Beruf, ehrenamtliche Tätigkeit)

Zu welchen Personen gibt / gab es eine besondere Beziehung?
(soziale Kontakte, wichtige Bezugspersonen, Verwandte, Bekannte, ehemalige Nachbarn)

Sind Sie ein geselliger, unternehmenslustiger Mensch oder leben Sie eher zurückgezogen?

Gehören Sie einer Glaubensgemeinschaft an? Ja nein

Welcher? _____



Alten- und Pflegeheim Fabianek GmbH

Ihre Einrichtung für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen

Sind Ihnen regelmäßige Gottesdienste wichtig? ja nein

Gibt es für Sie eine individuelle Bedeutung der Religion? ja nein

Welche? (*Krankensalbung, Begleitung im Sterbeprozess, besuche eines Seelsorgers?*)

Gibt es für Sie Einrichtungsgegenstände von besonderer Bedeutung?
(*Sessel, Bücher, Fotos, Bilder...etc?*)

Gewohnheiten in Bezug auf die Tages- Wochenstrukturierung
(*Essenszeiten, regelmäßige Beschäftigung, Lesegewohnheiten etc.*)

Ernährungsgewohnheiten
(*Was essen und trinken Sie besonders gern? Z.B. Vorlieben und Abneigungen bei Getränken und deren Menge*)

Welche Gewohnheiten haben Sie bei der Körperpflege
(*gewohnte Abläufe, Gewohnheiten in Bezug auf Duschen/Baden, Vorlieben/Abneigungen gegenüber Körperpflegeprodukten*)



Alten- und Pflegeheim Fabianek GmbH

Ihre Einrichtung für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen

Schlafgewohnheiten

(Zeiten der Bettrube, Früh- Langschläfer, Mittagsruhe, Einschlafrituale)

Wo liegen Ihre Interessen / Hobby`s?

(Singen, Kochen, Gartenarbeit, Haushalt etc.)

Rauchen Sie?

ja

nein wenn ja, welche Sorte?

Trinken Sie Alkohol?

ja

nein wenn ja, was trinken Sie gerne?

Essen Sie gerne
Süßigkeiten?

ja

nein wenn ja, welche?

Hören Sie gerne Musik? ja

nein

Volksmusik

Klassische Musik

Unterhaltungsmusik

sonstiger Art

Sehen Sie gerne Fern? ja

nein

Bevorzugte Sendungen:

Politik

Sport

Unterhaltung

sonstiger Art



Alten- und Pflegeheim Fabianek GmbH

Ihre Einrichtung für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen

Gibt es etwas wovor Sie Ängste haben?

(Gewitter, Geräusche, Dunkelheit, etc...?)

Haben/hatten Sie ein Haustier?

ja

nein

(Bei ja, was für ein Haustier hatten Sie und wie hieß es?)

Wenn Sie möchte, teilen Sie uns etwas über Ihre Schulbildung, Ausbildung mit? Welche Berufstätigkeit übten Sie aus, können Sie Fremdsprachen?

Welche Erwartungen/Wünsche haben Sie in Bezug auf die Lebenssituation in der Einrichtung und bei der pflegerischen Unterstützung?



Alten- und Pflegeheim Fabianek GmbH

Ihre Einrichtung für pflegebedürftige psychisch kranke Menschen

Gibt es etwas aus Ihrer Sicht was wir unbedingt noch wissen sollten, um Ihnen ein angenehmes Einleben zu ermöglichen?

Ort, Datum

Unterschrift

*Wir bedanken uns für Ihre Mitarbeit und freuen uns auf Sie als neues Mitglied unserer
Hausgemeinschaft*