



AWO - Seniorenzentrum

Anmeldeformular Kurzzeitpflege

„Haus am Wedenberg“

Am Hohlweg 2

18236 Kröpelin

Tel. 038292-854-10

Fax 038292-854-14

seniorenzentrum@awo-doberan.de

www.awo-seniorenzentrum-kroepelin.de

Bearbeitungsvermerke Verwaltung:

Debitor-Nr.

Zimmer-Nr.

Beratung:

Dringend

Bitte ab hier ausfüllen:

„Hus Gordenblick“

Urlaubs- & Verhinderungspflege

„Hus Möhlenblick“

Kurzzeitpflege

Einzelzimmer

gewünschter Termin

Doppelzimmer (nur „Hus Gordenblick“)

Angaben zur Person

Vor- und Zuname:	
Geburtsname:	Staatsangehörigkeit:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße; Hausnummer:	
PLZ; Ort:	
Telefon:	oder:
Konfession:	Beruf:
Familienstand:	
Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend):	

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 beantragt am/ seit

Zusätzliche Betreuungsleistungen ja nein

Zuzahlungsbefreiung: ja, bis 31.12.20..... nein

Angehörige

Vor- und Zuname:	
Geburtsname:	Verwandtschaftsgrad:
Straße; Hausnummer:	
PLZ; Ort:	
Telefon:	Vollmacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Email:	

Vor- und Zuname:	
Geburtsname:	Verwandtschaftsgrad:
Straße; Hausnummer:	
PLZ; Ort:	
Telefon:	Vollmacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Email:	

Vor- und Zuname:	
Geburtsname:	Verwandtschaftsgrad:
Straße; Hausnummer:	
PLZ; Ort:	
Telefon:	Vollmacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Email:	

Erstellt am: 11.11.15 Schaft	Geprüft (QMB) am:	Freigegeben (L) am: 08.02.16	Kontrolle auf/ nach Aktualität (Datum/ Kürzel)			Seite 1 von 2	
						Revisionsnr. Datum	1 08.02.16

Weitere Angaben:

Hausarzt

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

Krankenkasse

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

Mitgliedsnummer:

Betreuer (nach Betreuungsrecht):

Anschrift:

Telefonnummer:

Wirkungskreis:

Kostenträger

Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe/ Beihilfe bezogen oder beantragt?

- ja, Sozialamt/ Beihilfe
- nein, Selbstzahler (Preisliste Stand vom bekannt)

- Wird Blindengeld bezogen? ja nein
- Liegt ein Grad der Behinderung vor? ja; _____ GdB nein

Gründe für die Heimaufnahme:

- nach Krankenhausaufenthalt
- Urlaub/ Verhinderung der Pflegeperson
- erhöhter Pflegeaufwand:
- sonstige:

Hinweise & Ergänzungen:

Beratungsbedarf habe/n ich/ wir zu folgenden Themen:

- Beratung zur Finanzierung Kurzzeitpflegeplatz(Antragsstellung u.a.)
- Spezialisierte Unterbringung wegen dementieller Erkrankung
- sonstige:

Bitte beachten Sie, dass mit der Abgabe des Antrags keine verbindliche Zusage zur Aufnahme gemacht wird. Hierzu ist ein Kurzzeitpflegevertrag abzuschließen.

Ort; Datum

Unterschrift des Antragstellers

wenn nicht Personengleich,
Unterschrift des Aufzunehmenden

Erstellt am: 11.11.15 Schaft	Geprüft (QMB) am:	Freigegeben (L) am: 08.02.16	Kontrolle auf/ nach Aktualität (Datum/ Kürzel)	Revisionsnr. Datum	Seite 2 von 2 1 08.02.16
------------------------------------	----------------------	------------------------------------	--	-----------------------	--------------------------------

Preisliste für Kurzzeitpflege

Kurzzeit-Pflege und Urlaubs- und Verhinderungspflege

Die täglichen Preise, die vom Kurzzeitpflegegast persönlich zu zahlen sind:

„Hus Gordenblick“

Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten Gordenblick	Gesamt
10,75 €	8,79 €	8,57 €	28,11 €

„Hus Möhlenblick“

Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten Gordenblick	Gesamt
10,75 €	8,79 €	17,11 €	36,65 €

Die Pflegesätze

Pflegegrad	Pflege/täglich inkl. AZUBI
PG 3	50,32 €
PG 4	67,19 €
PG 5	74,75 €

Von diesen täglichen Pflegesätzen trägt die Pflegekasse
max. 1.612,00 € für die **Kurzzeitpflege**.

Möglich für **max. 28 Tage im Jahr**

Eventuell nicht gedeckte Kosten sind vom Selbstzahler zu tragen!

(ab 23 Tagen bei PG 5; ab 26 Tagen bei PG 4)

Kurzzeitpflegegäste mit den Pflegegraden 1 und 2 werden grundsätzlich mit dem Pflegegrad 3 abgerechnet.

Bei erhöhtem behandlungspflegerischem Aufwand können in den übrigen Pflegegraden auch die jeweils höheren Pflegegrade zur Anwendung kommen.

Der Anspruch auf **Urlaubs- und Verhinderungspflege** beträgt ebenfalls max. 28 Tage im Jahr. Auch hierfür stehen Ihnen **nochmals bis zu 1.612,00€** zu.

Dieser Anspruch kann unter den gleichen Bedingungen zusätzlich im Haus gewährt werden



1. Vor- und Zuname

Geburtsdatum

2. Benötigt der/die Patient/in Hilfen bei folgenden Tätigkeiten?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd		nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen d.Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

3. Ist der/ die Patient/in

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Treten nachts Unruhezustände auf?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Ist der/ die Patient/in bettlägerig?

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

6. Liegt Inkontinenz vor?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Stuhlinkontenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harninkontenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
wenn ja, in welcher Form ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Wie ist die Gemütsstimmung (die seelische Verfassung)

8. Besteht eine Suchtkrankheit? (wenn ja, welche)

9. Besteht körperliche Behinderung? (wenn ja, welcher Art)

10. Liegen psychische Störungen vor? (wenn ja, welcher Art)

Verhaltensauffälligkeiten: Eigengefährdung Fremdgefährdung

11. Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B.TBC? Beachte §36 Infektionsschutzgesetz vom 20.07.00! Erhebung der Befunde darf nicht länger als 6 Monate zurückliegen!

Tbc	<input type="checkbox"/>	Scabies	<input type="checkbox"/>
MRSA/ORSA	<input type="checkbox"/>	andere (welche?)	<input type="checkbox"/>
Dauerausscheider	<input type="checkbox"/>		



Ärztlicher Fragebogen 40

AWO-Seniorenzentrum
„Haus am Wedenberg“
Kröpelin

12. ICD-10	Diagnosen

PEG Tracheostoma anus praeter suprapubischer Katheter Dauerkatheter

Schmerzen: nein ja: akut chronisch: stabil instabil

Schmerzlokalisierung:

chronische Wunde:

13. Allergien/ Unverträglichkeiten:

14. letzter Krankenhausaufenthalt

Datum:

Grund:

15. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Medikament	morgens	Mittags	Abends	Nachts	Bemerkungen

16. Ist Diät/ Schonkost erforderlich (wenn ja, welcher Art)?

17. Hinweise und Bemerkungen

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort:.....

Datum:.....

Stempel und Unterschrift des Arztes:

Erstellt am: 04.10.04 Pilgrim	Geprüft (QMB) am:	Freigegeben (PDL) am:	MA- Vers.:	Kontrolle auf/ nach Aktualität (Datum/ Kürzel)				Seite 2 von 2	
				11.6.15				Revisionsnr. Datum	02 11.6.15

Zur Kurzzeitpflege sind mitzubringen:

- persönliche Dinge
- Ausweis, Chipkarte der Krankenkasse, Befreiungskarte...
- vorhandene Vollmachten, Verfügungen oder Betreuungsausweis
- vorhandene Pflegehilfsmittel, die Sie hier weiter nutzen können
- alle erforderlichen Medikamente mit aktuellem Medikamentenplan
 - sofern sie selbstständig verwaltet und eingenommen werden auch gern in Wochenboxen
 - bei notwendiger Unterstützung durch das Pflegepersonal: bitte in *Originalverpackung*

mitgebracht werden können nach Absprache:

- 1 Steppdecke (waschbar)
- Kopfkissen (waschbar)
- Wolldecken

Sofern die Wäsche in unserem Haus gewaschen werden soll:

- muss sie Trockner-geeignet sein
- ausreichend für 7 Tage sein, um gesammelt werden zu können und separat gewaschen zu werden

Es ist uns wichtig, dass Sie als neue Bewohnerin/ neuer Bewohner Dinge, die Ihnen wichtig sind, mitbringen, um sie hier um sich zu haben und auch weiter zu nutzen. Auch diese **persönlichen Gegenstände** (Bilder, Alltagsgegenstände, individuelle Tasse, Schuhe, Rollstuhl, Brille, Nagelschere, Kamm...) müssen mit Namen versehen werden, ansonsten sind Verwechslungen nicht auszuschließen.

Wir stellen Ihnen dafür kleine Aufkleber zur Verfügung.

Bettwäsche, Handtücher sowie Waschlappen werden gern vom Haus zur Verfügung gestellt, sofern nicht Eigenes benutzt werden soll.

Bitte verwenden Sie **keine Dreifachverteiler!** Aus Brandschutzgründen sind diese verboten.

Sofern Sie ein eigenes **Telefon** (gehört nicht zur Ausstattung) mitbringen, achten Sie bitte auf das Anschlusskabel, evtl. ist hierfür ein Adapter erforderlich. Die monatliche Grundgebühr beträgt 5,00 €

Bitte achten Sie bei Beendigung des Aufenthaltes darauf, dass Sie alle Sachen wieder mit nach Hause nehmen. Wir führen darüber kein Protokoll.

Danke! Ihre Heimleitung

*Änderungen vorbehalten

Stand: Dezember 2017



Checkliste bei Kurzzeitpflege sowie bei Urlaubs- & Verhinderungspflege

Was	Wo	Bemerkung
Antrag auf stationäre Aufnahme	Pflegekasse bei der Krankenkasse	Genehmigung der Pflegekasse ist rechtliche Grundlage für Heimaufnahme Formular erhalten Sie bei ihrer Pflegekasse
Heimaufnahmeantrag	Pflegeheim	hier bei uns
Kurzzeitpflegevertrag	Pflegeheim	<ul style="list-style-type: none"> • Mustervertrag wird ausgehändigt • Abschluss bei Einzug
Ärztlicher Fragebogen	Pflegeheim	Aktuell vom Hausarzt ausfüllen lassen Klärung: weitere Behandlungen in Kröpelin?
Versorgung mit Medikamenten	Linden-Apotheke Kühlungsborn	Vereinbarungen für Versorgung während des Aufenthaltes treffen! Ausreichende Medikamente für den gesamten Zeitraum mitbringen
Hilfsmittel		Alle vorhandenen Hilfsmittel mitbringen z.B. Rollstuhl, Rollator, Sauerstoffgerät, Sehhilfen, Hörgeräte etc. Inkontinenzmaterial (Schutzhosen, Einlagen, Vorlagen) in ausreichender Menge mitbringen
Antrag auf Befreiung von Zuzahlungen	Krankenkasse	Bitte vorlegen falls vorhanden (gilt für Medikamente, Fahrkosten)
Antrag auf Schwerbeschädigtenausweis Mitteilung ans Sozialamt	Versorgungsamt Rostock Kreissozialamt Bad Doberan	Formular im Pflegeheim erhältlich (bei Bedarf) (sofern Leistungen bezogen werden) z.B. wegen Blindengeld! Halbierung des Blindengeldanspruchs bei Heimaufnahme
Kennzeichnung der Kleidung / Wäsche	Pflegeheim	Bitte ausreichend Wäsche mitbringen! Individuelle Versorgung mit Duschbad, Creme etc
Vollmachten/ Betreuung	Pflegeheim	Muster & Informationsmaterial im Pflegeheim erhältlich Vollmachten bei Einzug bitte vorlegen
Fußpflege / Friseur		Vereinbarungen möglich
Termine bei Fachärzten / sonstige		Beratung im Pflegeheim individuell
Transport ins Pflegeheim		Wird nicht von der Krankenkasse bezahlt! Ausnahme: Entlassung aus Krankenhaus/ von Kur