



**AWO Seniorenheim:**

<b>Name</b>		Geb. am	
<b>Vorname</b>		Geburtsname	
Straße		Geburtsort	
PLZ/Ort		Telefon	
		Email	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch.	Konfession	<input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> ev. <input type="checkbox"/> ohne Konfession <input type="checkbox"/> andere:
Geschlecht	<input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich	Staatsangehörigkeit	
Pflegestufe	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Härtefall <input type="checkbox"/> wurde beantragt am:		

**Anschrift der nächsten Angehörigen**

Name , Vorname	Beziehung	Anschrift	Tel. privat dienstlich	E- Mail

**BetreuerIn**

Name , Vorname	Aufgabenkreis	Anschrift	Telefon	E- Mail

**Arzt/In**

Name , Vorname	Fachgebiet	Anschrift	Telefon	E - Mail

wird von der Einrichtung ausgefüllt

<input type="checkbox"/> <b>Vollstationäre Pflege</b>	<b>Einzug am:</b>	<b>Bereich:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Pflegestufe</b>		
<input type="checkbox"/> <b>Kurzzeitpflege</b>	<b>Zimmer:</b>	<b>Gemietet ab:</b>
<input type="checkbox"/> <b>Wohnbereich</b>		



**AWO Seniorenheim:**

<b>Name:</b>	<b>Vorname:</b>
<b>Geb. am:</b>	
<b>Straße:</b>	
<b>PLZ, Ort:</b>	

Anlässlich einer Anmeldung zum Einzug in ein Seniorenheim  
Bitte alle Fragen vollständig beantworten. Zutreffendes ankreuzen X und ggf. im verschlossenen Umschlag mitgeben.

**1. Körperlicher Zustand:**

Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Ist der Patient bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Besteht Blaseninkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Besteht Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Besteht eine starke Sehschwäche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Besteht eine starke Hörschwäche?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Geistige Behinderungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche			
Körperliche Behinderungen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja welche?			
Bestehen Allergien?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche?			

**2. Pflegebedarf**

Benötigt der Patient Hilfe beim			
Essen und Trinken?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
An- und Auskleiden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Waschen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Frisieren / Rasieren ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Lagern zur Bettruhe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Benutzung der Toilette?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich

**3. Geistig – seelischer Zustand**

Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Situativ orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Motorische Unruhe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Neigung zum Weglaufen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Suizidgefahr	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Demenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche			
Suchterkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja welche?			
Stimmungsschwankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich

**4. Empfohlene pflegerische Versorgung**

Pflegebereich	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
beschützende Abteilung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

**Voraussichtlicher Termin des Einzuges**



**5. Hilfsmittel**

Gehilfe,	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Art:
Prothesen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Art:
Sehhilfe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Art:
Hörgerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	

**6. Ernährung**

Vollkost	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Diät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche:			
Sondenernährung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
eine andere Ernährung als genannt	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Wenn ja, welche:			

**8. Medikamente**

Benötigt der Patient Hilfe bei der Verabreichung der Medikamente  ja  nein

Welche Medikamente sind erforderlich:

<u>Medikamente</u>	Morgen	Mittag	Abend	Nacht	Bedarf

**9. Diagnosen:**


Bei dem Patienten liegt eine ansteckende Krankheit nach § 48a Bundesseuchenschutzgesetz vor  ja  nein Art: \_\_\_\_\_

**10. Sonstige Hinweise und Bemerkungen (Therapie oder Behandlungspflege)**


**Datum:**

**Unterschrift und Stempel des Arztes**



*Sehr geehrte/r Frau/Herr.....,*

*um Sie besser kennenzulernen, bitten wir Sie oder Ihren nächsten Angehörigen, die nachfolgenden Punkte zur Ihrem Lebenslauf auszufüllen und bis zum Einzug in das Seniorenheim Ortenburg mitzubringen.*

*Diese Angaben sind freiwillig und werden natürlich streng vertraulich behandelt.*

*Herzlichen Dank*

*Ihr Seniorenzentrum Ortenburg*

## 1.Umfeld/Elternhaus/Erziehung/Prägung

**Namen der Eltern:** \_\_\_\_\_

**Beruf des Vaters:** \_\_\_\_\_

**Beruf / Aufgaben der Mutter:** \_\_\_\_\_

**Namen der Geschwister:** \_\_\_\_\_

**In welcher Reihenfolge sind die Geschwister geboren?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Beziehungen zu den Großeltern sind bekannt?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wie sah das Elternhaus aus? (Gebäude, Gerüche, Farben, Umgebung)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gab es Tiere /Haustiere?** \_\_\_\_\_

**Welche Sprache oder Mundart wurde im Elternhaus gesprochen?** \_\_\_\_\_

**Welche Traditionen wurden besonders gepflegt?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Benimmregeln waren vorherrschend?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Sprichwörter oder Redewendungen wurden gerne benutzt?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Welche Anekdoten wurden gerne erzählt?** \_\_\_\_\_

---

## **2. Kindheit**

Gibt es eine Geschichte zur Geburt?: \_\_\_\_\_

Besondere Persönlichkeitseigenschaften! : \_\_\_\_\_

Gibt es Spitznahmen? \_\_\_\_\_

Besondere Begabungen? (Musikinstrument Handwerk usw.) \_\_\_\_\_

Vorlieben als Kind?(Essen Spielzeug, Musik, Düfte, Fotos ... ) \_\_\_\_\_

Schule: \_\_\_\_\_

Verlusterfahrungen? \_\_\_\_\_

## **3. Jugend**

Berufswahl: \_\_\_\_\_

Welche Pflichten in der Familie gab es? \_\_\_\_\_

Welche Möglichkeiten der Freizeitgestaltung gab es? \_\_\_\_\_

Wann wurde das Elternhaus verlassen? \_\_\_\_\_

## **4. Erwachsenenalter**

Welche Tätigkeiten übte sie /er aus? \_\_\_\_\_

Wann heiratete sie/er? \_\_\_\_\_

Welche Kosenamen wurden gerne benutzt \_\_\_\_\_

Gab es Kinder? \_\_\_\_\_

Einschneidende Erlebnisse? \_\_\_\_\_

Wie war die Freizeitgestaltung? (Urlaub, Hobby, Handarbeit usw.) \_\_\_\_\_

---

Spielt Religion eine große Rolle? \_\_\_\_\_

---

Worauf legte sie/er besonders Wert? \_\_\_\_\_

---

Wovor hatte sie/er Angst? \_\_\_\_\_

### **5. Alter**

Konnte sie /er auch im Alter noch selbständig leben? \_\_\_\_\_

Wie stand es mit der Gesundheit des Partners? \_\_\_\_\_

---

Eigene Gesundheit? \_\_\_\_\_

---

Was gab ihrem/seinem Leben im Alter Zufriedenheit? \_\_\_\_\_

---

Wie sah die soziale Umgebung aus? (Freunde Verwandte usw.) \_\_\_\_\_

### **6. Zeitgeschichte (politische Ereignisse ,Notzeiten)**

### **7. Sonstige Bemerkungen**