



# Menschen im Alter GmbH

Menschen im Alter GmbH  
Seniorenheim Sonnhalde  
Agricolastraße 55  
79713 Bad Säckingen  
Tel.: 0049(0)77 61/9 39 77-0  
Fax: 0049(0)77 61/9 39 77-13

Antrag zum Einzug

Seniorenheim Sonnhalde · Bad Säckingen ● ● Seniorenheim Mühle · Herrischried/Atdorf

Gewünschtes Einzugsdatum \_\_\_\_\_

## Persönliche Daten

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Geburtsort \_\_\_\_\_ Familienstand \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Krankenkasse \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer \_\_\_\_\_

## Aktuelle Adresse

Straße \_\_\_\_\_ PLZ/Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Interessen \_\_\_\_\_

## Ärztliche Behandlung

Hausarzt \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Name, Anschrift, Telefon \_\_\_\_\_

Name, Anschrift, Telefon \_\_\_\_\_

Name, Anschrift, Telefon \_\_\_\_\_



Pflegerische Daten

Einstufung durch die Pflegekasse (MDK) in einen Pflegegrad

- ja       nein

Welcher Pflegegrad

- 1       2       3       4       5  
 wurde beantragt

Heimkosten

- werden komplett selbst übernommen
- werden von der Pflegekasse in Verbindung mit Eigenbeiträgen bezahlt
- werden vom Sozialamt in Verbindung mit der Pflegekasse übernommen
- ein Antrag auf Sozialhilfe wurde gestellt
- wir benötigen ein Gespräch bezüglich der Heimkostenübernahme

Adresse/n Ansprechpartner

Name ..... Vorname .....

Anschrift .....

Telefon ..... Verwandtschaftsgrad .....

Name ..... Vorname .....

Anschrift .....

Telefon ..... Verwandtschaftsgrad .....

Besteht eine Betreuung/

Vorsorgebevollmächtigung

- ja       nein

seit wann? .....

Name, Anschrift, Telefon .....

Patientenverfügung

- ja       nein

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Bewohner

Ich bin damit einverstanden, dass meine persönlichen Daten, soweit Sie dem Träger bekannt gegeben worden sind, in der EDV-Anlage gespeichert und automatisch verarbeitet werden. Ich versichere die Richtigkeit vorstehender Angaben.



Diagnose/n \_\_\_\_\_

Medikamentöse Behandlung \_\_\_\_\_

Allgemeinzustand

Orientierung	über eigene Persönlichkeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
	bezüglich der Zeit	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
	situativ	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
	örtlich	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
Verhalten	Kommunikation möglich	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
	depressiv	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
	agressiv	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
	teilnahmslos	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
	Neigung zum Schreien	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
	Nächtliche Unruhe	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
	einsam	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein
kontaktfreudig	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> zeitweise	<input type="radio"/> nein	
Sprache	Normale Sprache	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
	bei nein, bitte Art der Störung und Kommunikationsmöglichkeiten angeben			

Sehvermögen	normal	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	weitsichtig	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	kurzsichtig	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	verbleibend	% rechts _____	% links _____
	Brille	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Kontaktlinsen	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> links
Augenprothese	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> links	
Hörvermögen	schwerhörig	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> links
	Hörgerät	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> links
	taub	<input type="radio"/> rechts	<input type="radio"/> links
Kontinenz	Harninkontinenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
	Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

Allergien/Unverträglichkeiten \_\_\_\_\_



Einschränkungen      Gehstörungen       ja       nein  
Kontrakturen       ja       nein  
Krampfanfälle       ja       nein  
andere       ja       nein  
bei ja, kurze Beschreibung von Art und Ausmaß

---

---

Gefährdungen      es besteht Selbstgefährdung       ja       nein  
es besteht Fremdgefährdung       ja       nein  
es besteht erhöhte Sturzgefahr       ja       nein  
Weglauff Tendenz vorhanden       ja       nein  
es besteht Suizidgefahr       ja       nein  
ansteckende Krankheit       ja       nein  
bei ja, kurze Beschreibung von Art und Ausmaß

---

---

Abhängigkeit      nicht bekannt            besteht        
und Sucht      nicht bekannt            besteht        
bei ja, kurze Beschreibung von Art und Ausmaß

---

---

Mobilität      völlig mobil       ja       nein  
Rollstuhl       ja       nein  
Aufstehen       selbstständig       mit Hilfe       nicht möglich  
bettlägrig       zeitweise       häufig       dauernd  
Stehen       selbstständig       mit Hilfe       nicht möglich  
Gehen       selbstständig       mit Hilfe       nicht möglich  
Sitzen       selbstständig       mit Hilfsmitt.       nicht möglich  
Treppenst.       selbstständig       mit Hilfe       nicht möglich

Körperpflege      völlig selbstst.       ja             nein  
Waschen       selbstständig       mit Hilfe       nicht möglich  
Duschen       selbstständig       mit Hilfe       nicht möglich  
Baden       selbstständig       mit Hilfe       nicht möglich  
Frisieren       selbstständig       mit Hilfe       nicht möglich  
Rasieren       selbstständig       mit Hilfe       nicht möglich

Ernährung      Nahrungsaufn.       selbstständig       mit Hilfe       nicht möglich

Kostform      Normalkost       ja       nein  
Schonkost       ja       nein  
Diabetes-Diät       ja       nein  
Sondernahrung       ja       nein

Vorlieben und Abneigungen: \_\_\_\_\_

---

---