



Menschen im Alter GmbH

Menschen im Alter GmbH
Basler Straße 7
79664 Wehr-Brennet

Tel.: 0049(0)7761/93977-0
Fax: 0049(0)7761/93977-18
Mail: verwaltung@miagmbh.de

Antrag zum Einzug Seniorenheim

☐ Seniorenheim Brennet, Wehr

☐ 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

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	☐ ja	☐ zeitweise	☐ nein
	bezüglich der Zeit	☐ ja	☐ zeitweise	☐ nein
	situativ	☐ ja	☐ zeitweise	☐ nein
	örtlich	☐ ja	☐ zeitweise	☐ nein
Verhalten	Kommunikation möglich	☐ ja	☐ zeitweise	☐ nein
	depressiv	☐ ja	☐ zeitweise	☐ nein
	agressiv	☐ ja	☐ zeitweise	☐ nein
	teilnahmslos	☐ ja	☐ zeitweise	☐ nein
	Neigung zum Schreien	☐ ja	☐ zeitweise	☐ nein
	Nächtliche Unruhe	☐ ja	☐ zeitweise	☐ nein
	einsam	☐ ja	☐ zeitweise	☐ nein
	kontaktfreudig	☐ ja	☐ zeitweise	☐ nein
Sprache	Normale Sprache	☐ ja	☐ nein	
	bei nein, bitte Art der Störung und Kommunikationsmöglichkeiten angeben			

Sehvermögen	normal	☐ ja	☐ nein
	weitsichtig	☐ ja	☐ nein
	kurzsichtig	☐ ja	☐ nein
	verbleibend	% rechts _____	% links _____
	Brille	☐ ja	☐ nein
	Kontaktlinsen	☐ rechts	☐ links
	Augenprothese	☐ rechts	☐ links
Hörvermögen	schwerhörig	☐ rechts	☐ links
	Hörgerät	☐ rechts	☐ links
	taub	☐ rechts	☐ links
Kontinenz	Harninkontinenz	☐ ja	☐ nein
	Stuhlinkontinenz	☐ ja	☐ 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 und Sucht	nicht bekannt	☐	besteht	☐
	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	☐ mit Hilfe	☐ 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: _____
