

Anmeldeformular für Ihren Heimeintritt

Für welche Einrichtung interessieren Sie sich?

<input type="radio"/> Alters-u. Pflegeheim Wendelsee in Spiez	<input type="radio"/> Alters-u. Pflegeheim Kristall in Unterseen
---	--

Ab wann kann/soll Ihr geplanter Heimeintritt vollzogen werden?

.....

Welche Art von Eintritt bevorzugen Sie?

<input type="radio"/> Kurzaufenthalt	<input type="radio"/> Langzeitaufenthalt
--------------------------------------	--

Personalien

Name	Vorname	Geburtsname
Geburtsdatum	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Heimatort	Muttersprache	Zivilstand
Konfession	Aktuelle Adresse	Telefonnummer
		E-Mail

Hausarzt und Konsiliarärzte

Hausarzt (Name und Adresse)
.....

Wünschen Sie weiterhin eine ärztliche Versorgung durch Ihren aktuellen Hausarzt, oder wünschen Sie bei einem Eintritt in unserer Einrichtung die ärztliche Versorgung durch unseren Heimarzt Herrn Dr. Stefan Neuhof (Dianaweg 2, 3700 Spiez)?

Versorgung durch den aktuellen Hausarzt Versorgung durch den Heimarzt

Wichtig: Sofern Sie Ihren Hausarzt wechseln möchten, müssen Sie oder eine bevollmächtigte Person Ihre Patientenakte persönlich bei Ihrem aktuellen Hausarzt beantragen und diese eigenständig unseren Heimarzt Herrn Dr. Neuhof aushändigen. Wir als Einrichtung sind dazu leider nicht befugt und können den Arztwechsel nicht durchführen.

Sind Sie bei weiteren Ärzten in Behandlung?
Bitte notieren Sie hier alle behandelnden Ärzte (Name, Adresse, Funktion)

-

-

-

-

-

Versicherungen		
Sozialversicherungsnummer: 756.....		
Krankenkasse	Adresse Krankenkasse	Versicherungsnummer Wichtig: Eine Kopie der Krankenkassenkarte ist beizulegen.
Sind Sie im Besitz einer Zusatzversicherung (Bsp. für Hilfsmittel wie Rollstühle etc.)?		
Besteht derzeit schon eine Pflegestufe? Wenn ja, welche?		
Sind Sie im Besitz einer Hilfllosenentschädigung? Wenn ja, in welchem Umfang?		
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein		
An wem sollen die Rechnungen gesendet werden?		

Angehörige/ Kontaktperson (Name, Adresse, Kontaktdaten, Verhältnis zum Bewohner)	
Angehöriger 1	Angehöriger 2
Angehöriger 3	Angehöriger 4
Verfügt jemand von den angegebenen Personen über eine Vollmacht bzw. über eine Beistandschaft? Wenn ja, wer und in welchem Rahmen?	

Palliative Care / Patientenverfügung
Sind Sie im Besitz einer Patientenverfügung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wichtig: Sofern eine Patientenverfügung vorhanden ist, ist es wichtig, dass Sie eine Kopie beim Heimeintritt mitbringen. Sofern keine Patientenverfügung vorhanden ist, bitten wir Sie diese auszufüllen, so dass unsere Mitarbeiter nach Ihren Wünschen handeln können. Sollten Sie keine Patientenverfügung bei uns hinterlegen, so sind wir gezwungen, Sie bei einer negativen Allgemeinzustandsveränderung hospitalisieren zu lassen.

Medizinische Bedarfsabklärung
Bitte teilen Sie uns alle medizinischen Diagnosen mit und seit wann diese bestehen.
Wichtig: Eine aktuelle und vom Arzt visierte Diagnosen Liste ist beizulegen.

Pflegerische Bedarfsabklärung nach dem BESA-Leistungskatalog

1.2.1 Pflegeleistungen im Bereich Gedächtnis und Orientierung

Benötigen Sie eine Hilfestellung/ Informationsgabe in einer der folgenden Wahrnehmungsbereichen?

zur Zeit zur Situation zur Person

Benötigen Sie eine Hilfestellung/ Informationsgabe

Im Bereich Örtlichkeit?

ja nein

Sind Sie in der Lage die von Ihnen gewünschte Örtlichkeit eigenständig aufzusuchen?

ja nein

Sind Sie in der Lage adäquat kommunizieren zu können?

ja nein

Welche Hilfsmittel benötigen Sie für Ihre Kommunikation?

Sehbrille Lesebrille Lupe Hörgeräte

Zahnprothesen Schrifttafeln Natel Piktogramme

Gebärdensprache

1.2.2 Pflegeleistungen im Bereich Affektregulierung und Impulskontrolle

Gelangen Sie oft in Krisensituation und benötigen Sie Beistand in aufwühlenden Situationen?

ja nein

Benötigen Sie Unterstützung für Strategien zur Vorbeugung von Ängsten und/oder Krisen?

ja nein

Verschiebt sich aufgrund von immer wiederkehrenden Ereignissen wie z.B. anhaltende nächtliche Wachphasen ihr Tagesablauf?

ja nein

Besteht bei Ihnen eine Hinlauftendenz (früher Weglauftendenz)?

ja nein

Sind Sie in letzter Zeit gestürzt oder aus dem Bett gefallen?

ja nein

Neigen Sie zu verbalen und/oder nonverbalen Aggressionen?

ja nein

Leiden Sie unter negativen Stimmungslagen?

ja nein

Benötigen Sie Unterstützung beim Einhalten Ihres Therapieplans?

Bsp: Unterstützung bei der Selbstmedikation, Insulinabgabe, BZ-Ktrl., etc.)

ja nein

1.2.3 Pflegeleistungen im Bereich Sozialverhalten und Integration

Benötigen Sie eine Hilfestellung beim Knüpfen neuer und verlorener sowie beim Aufrechterhalten bestehender sozialer Kontakte?

ja nein

Benötigen Sie Gespräche zur Vermeidung von Selbst-o. Fremdgefährdung?

ja nein

Benötigen Sie Gespräche inkl. Erkenntnis zum eigenen Sozialverhalten?

ja nein

2.2.1 Pflegeleistungen im Bereich Mobilität, Motorik und Sensorik

Sind Sie in der Lage sich eigenständig im Bett zu positionieren?

ja nein

Sind Sie in der Lage sich eigenständig im Stuhl/Sessel umzupositionieren?

ja nein

Sind Sie in der Lage eigenständig aufzustehen/ abzusetzen?

ja nein

Benötigen Sie einen Patientenlifter zum Aufstehen/ Absitzen?

ja nein

Sind Sie in der Lage eigenständig auf die Toilette zu gehen?

ja nein

Sind Sie in der Lage sich eigenständig auf das nächste Medium zu transferieren? Bsp.: vom Bett in den Rollstuhl
O ja O nein

Benötigen Sie generell eine unterstützende Massnahme bei der Fortbewegung? (Sicherheitsgabe durch eine weitere Person)
O ja O nein

Sind Sie in physiotherapeutischer Behandlung?
O ja O nein
Welche Physiotherapie nehmen Sie in Anspruch?
.....

Sind Sie im Besitz eines Standings/ Stehbretts?
O ja O nein

Benötigen Sie Unterstützung beim Anbringen/ Entfernen von Prothesen/ Korsetts?
O ja O nein

Benötigen Sie Unterstützung beim Umgang mit Hilfsmitteln?
Bsp. Gehstöcke, Rollator, etc.
O ja O nein

Welche Hilfsmittel nutzen Sie für die Fortbewegung?
O Gehstöcke O Gehbock O Rollator O Eulenburg O Handrollstuhl
O Pflgerollstuhl O Elektrorollstuhl O

Benötigen Sie Unterstützung beim an-u. ausziehen der Kompressionsstrümpfe?
O ja O nein

Benötigen Sie Unterstützung beim Umgang mit Hitze und Kälte?
Bsp: Bettflasche parat legen, richtige Wahl der Kleidung, etc.
O ja O nein

3.2.1. Pflegeleistungen im Bereich der Selbstpflegefähigkeit des Körpers

Benötigen Sie Unterstützung bei der Teil-o. Ganzkörperpflege?
O ja O nein

Benötigen Sie Unterstützung beim Duschen/ Baden?
O ja O nein

Benötigen Sie Unterstützung bei der Nagelpflege?
O ja O nein

Benötigen Sie Unterstützung bei der Fusspflege?
O ja O nein

Benötigen Sie Unterstützung beim Betten?
O ja O nein

Benötigen Sie Unterstützung beim An-u. Auskleiden?
O ja O nein

Benötigen Sie Unterstützung bei der Rasur?
O ja O nein

Benötigen Sie Unterstützung beim Haare waschen?
O ja O nein

Benötigen Sie Unterstützung bei der Mund-u./o. Zahnpflege?
O ja O nein

Benötigen Sie Unterstützung bei der Speichelflussregulation?
O ja O nein

3.2.2 Pflegeleistungen im Bereich Kontinenz und Kompensation der Inkontinenz

Benötigen Sie Unterstützung beim Toilettengang?
O ja O nein

Benötigen Sie Unterstützung beim Hände waschen?
O ja O nein

Benötigen Sie Unterstützung beim Abführen durch Einläufe?
O ja O nein

Benötigen Sie Unterstützung bei der Katheterpflege sowie beim Wechsel?
O ja O nein

Benötigen Sie Unterstützung bei der Stomapflege sowie beim Wechsel?
O ja O nein

Nutzen Sie für die Ausscheidung eine Bettpfanne/ Urinflasche?
O ja O nein

Nutzen Sie aufgrund einer unwillkürlichen Ausscheidung Inkontinenzmaterial?
O ja O nein

Haben Sie von Ihrem Arzt ein Toiletentraining verordnet bekommen?
O ja O nein

4.2.1 Pflegeleistungen im Bereich der Nahrungs-u. Flüssigkeitsaufnahme

Benötigen Sie Unterstützung bei der Essensvor-u. Nachbereitung?
(Tisch decken, Servietten anbringen)
O ja O nein

Müssen Sie zum Essen/ Trinken aufgefordert werden?
O ja O nein

Benötigen Sie eine partielle Unterstützung beim Essen oder Trinken?
O ja O nein

Benötigen Sie Unterstützung bei der Nahrungs/Flüssigkeitsaufnahme?
O ja O nein

Nehmen Sie Ihre Nahrung via PEG-Sonde auf?
O ja O nein

Wenn ja, wie heisst Ihr aktueller Hilfsmittelanbieter?
.....

Benötigen Sie zur Nahrungs/Flüssigkeitsaufnahme bestimmte Utensilien?
(Tellerring, Schnabelbecher, Spezialbesteck, etc.)
O ja, welche..... O nein

5.2.1 Pflegeleistungen im Bereich Medikation und Schmerzmanagement

Benötigen Sie Unterstützung bei der Einnahme von Medikationen?
O ja O nein

Erhalten Sie ein transdermales Pflaster (Schmerzpflaster)?
O ja O nein

Benötigen Sie eine Unterstützung bei der Verabreichung von Augen-Ohren-
Nasen-Salben/Tropfen?
O ja O nein

Erhalten Sie rezeptpflichtige Salben?

ja nein

Erhalten Sie subcutane oder intrermuskuläre Injektionen?

(Bsp. Insulin, Vitamin, etc.)

ja nein

Erhalten Sie lt. ärztl. VO medizinische Teilbäder?

ja nein

Leiden Sie vermehrt unter Schmerzen und können Sie diese adäquat einschätzen?

ja nein

Sind Sie in der Lage sich eigenständig die Vitalwerte zu ermitteln?

(Blutdruck + Puls, Gewicht, Sauerstoffsättigung)

ja nein

Sind Sie in der Lage eigenständig Urintest (Combur o.ä.) durchzuführen?

ja nein

Erhalten Sie lt. ärztl. Verordnung Wickel/Packungen zur äusseren Anwendung?

ja nein

Sind bei Ihnen kapilläre Blutentnahmen verordnet (Blutzucker, Quick)?

ja nein

Erhalten Sie lt. ärztl. Verordnung weitere Therapien?

(Physio, Ergo, Logo)

ja, welche: nein

5.2.2 Pflegeleistungen im Bereich der Wund-u. Hautversorgung

Besteht bei Ihnen ein Wundverhältnis, dass professionell versorgt werden muss?

ja nein

5.2.3 Pflegeleistungen im Bereich Atmung und Sauerstoffversorgung

Sind Sie in der Lage Inhalationen eigenständig durchzuführen?

ja nein

