



JÜDISCHE
GEMEINDE
ZU BERLIN
קהילת ברלין

KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Hermann Strauß Pflegeheim- vollstationäre Einrichtung

Anmeldung zur Aufnahme

Angaben zur aufzunehmenden Person:

Name, Vorname:		Geburtsname:	
Jüdischer Name:		Mitglied der Jüdischen Gemeinde	
Geburtsdatum:	Geburtsort:		
Konfession:	Familienstand:	Staatsangehörigkeit:	
Straße, Hausnummer			
Postleitzahl, Ort:		Telefon:	
E-Mail		Mobil:	
Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus bitte entsprechende Adresse angeben)			

Angaben zum Betreuer nach Betreuungsrecht:

Steht Ihnen ein amtlich bestellter Betreuer zur Seite?

Wenn Ja, bitte Kopie des Betreuerausweises beilegen

Name, Vorname:	
Straße, Hausnummer:	
Postleitzahl, Ort:	Telefon:
E-Mail:	Mobil:

Nein	Ja	Betreuung bei
		Aufenthaltsbestimmung
		Gesundheitsfürsorge
		Vermögenssorge
		Vertretung gegenüber Versicherungen und Behörden
		Entscheidungen über Unterbringung und Wohnungsangelegenheiten

Angaben zum Bevollmächtigten / Vorsorgevollmacht:

Haben Sie jemanden bevollmächtigt, Ihnen bei Ihren Angelegenheiten zu helfen?

Wenn ja, bitte Kopie der Vorsorgevollmacht beilegen

Name, Vorname:		
Straße, Hausnummer:		
Postleitzahl, Ort:		Telefon:
E-Mail:		Mobil:
Nein	Ja	Vollmacht für:
		Gesundheitssorge/Pflegebedürftigkeit
		Aufenthalt und Wohnungsangelegenheiten
		Vollmacht Behörden
		Vermögenssorge
		Post und Fernmeldeverkehr
		Vertretung vor Gericht
		Weitere Regelungen:

Haben Sie eine Patientenvollmacht?

Wenn ja, bitte eine Kopie beilegen

Nein	Ja
------	----



JÜDISCHE
GEMEINDE
ZU BERLIN
קהילת ברלין

KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Gewünschte Wohnform:

Einzelzimmer	Doppelzimmer
--------------	--------------

TBC

Beim Einzug bitte Attest vorlegen

Röntgenaufnahme der Lunge erfolgte am		
Liegen Anzeichen für aktive Lungentuberkulose vor?	Nein	Ja

Covid-19

Waren Sie schon mal an Covid-19 erkrankt

Nein	Ja	mehrmals
------	----	----------

Wurden Sie gegen Covid -19 geimpft?

Nein	Ja
------	----

Datum der letzten Impfung:

--

Angaben zur Krankenkasse / Pflegekasse:

Bitte Kopie der Gesundheitskarte beilegen

Name:	Versichertennummer:
Straße, Hausnummer:	
Ort:	
Telefon:	

Erhalten Sie bereits Leistungen nach dem Pflegeversicherungsgesetz

Bitte Kopie des Bescheides beilegen

Nein	Bereits beantragt am:	Ja	Pflegegrad	1	2	3	4	5
------	-----------------------	----	------------	---	---	---	---	---

Zuzahlungsbefreit	Nein	Ja	bis zum
-------------------	------	----	---------

Erhalten Sie Leistungen nach BSHG bzw. SGB XII vom Sozialhilfeträger

Bitte Kopie des Bescheides beilegen

Nein	Ja	Zuständiges Sozialamt
------	----	-----------------------

Eigenanteil der Kosten wird bezahlt durch die:

Antrag auf Leistungen beim Sozialamt muss **vor** Einzug gestellt werden

Pflegekasse	Eigenes Einkommen /Rente	Anteilig durch das Sozialamt
Antrag wurde beim zuständigen Sozialamt gestellt am:		

1. Angaben zu Angehörigen:

Name, Vorname:	Art der Verwandtschaft:
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort:	Telefon:
E-Mail	Mobil:

2. Angaben zu Angehörigen:

Name, Vorname:	Art der Verwandtschaft:
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort:	Telefon:
E-Mail	Mobil:

3. Angaben zu Angehörigen:

Name, Vorname:	Art der Verwandtschaft:
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort:	Telefon:
E-Mail	Mobil:

4. Angaben zu Angehörigen:

Name, Vorname:	Art der Verwandtschaft:
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl, Ort:	Telefon:
E-Mail	Mobil:

Ich wurde von dem Mitarbeiter / der Mitarbeiterin des Seniorenzentrums über die Zusammensetzung des Heimentgeltes vollumfänglich informiert: Entgelt für die Pflegeleistungen, Kosten für Unterkunft und Verpflegung sowie Zusatzkosten, wie etwa die Ausbildungsumlage und Investitionskosten. Außerdem erhielt ich ein komplettes Kostenblatt der Tagessätze sowie der monatlichen Belastungen. Ich habe alle Informationen verstanden und akzeptiere diese mit meiner Unterschrift.

Datum:

Unterschrift des zukünftigen Bewohners
oder des gesetzlichen Vertreters



JÜDISCHE
GEMEINDE
ZU BERLIN
קהילת ברלין

KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Ärztlicher Fragebogen

Name, Vorname:		Geboren am:	
Straße, Hausnummer			
Pflegegrad:		Wurde beantragt am:	
Arzt, Adresse			
Diagnosen, Anamnese			

Grund der Pflegebedürftigkeit

Beginn und Verlauf der Krankheiten / Behinderungen = pflegebegründende Vorgeschichte	
Pflegebedürftig / behindert seit:	
Schwerbehindertenausweis / A Zeichen:	

Ansteckende Krankheiten

TB bekannt	ja	nein	Letzte Röntgenaufnahme der Lunge erfolgte am :	
MRSA Infektion	ja	nein		
Aidsinfektion	ja	Nein		
Covid -19	ja	Nein		
Sonstige	ja	nein	Welche	

Drogenkonsum

Konsumieren Sie regelmäßig Drogen?

Welche Drogen konsumieren Sie regelmäßig? (Nikotin, Alkohol, Cannabis, Kokain etc.)

Droge	Ja	Nein	Auswirkungen

Gegenwärtiger Zustand – Pflegebedürftigkeit

imstande, sich allein an- und auszukleiden	ja	nein
imstande, sich allein körperlich zu reinigen und zu pflegen	ja	nein
imstande, selbständig zu essen	ja	nein
imstande, sich allein im Bett aufzusetzen	ja	nein
imstande, aus dem Bett aufzustehen	ja	nein
imstande, allein zu gehen	ja	nein
imstande, allein Treppen zu steigen	ja	nein
kontinent für Urin	ja	nein
kontinent für Stuhl	ja	nein
völlig auf fremde Hilfe angewiesen	ja	nein

Bewusstseinslage:

geistig rege	ängstlich	verstimmt	benommen
Kooperationsfähig	ja	nein	eingeschränkt
Verlangsamt	ja	nein	

Einschränkungen bei der Orientierung

zeitlich	ja	nein	zeitweise
zur Person	ja	nein	zeitweise
örtlich	ja	nein	zeitweise
situativ	ja	nein	zeitweise

Sprache und Sprechvermögen:

Ungestört		gestört		Hilfsmittel		Sprechhilfen	
-----------	--	---------	--	-------------	--	--------------	--

Hörvermögen:

Ungestört		Hilfsmittel		rechts		links	
-----------	--	-------------	--	--------	--	-------	--

Sehvermögen

Ungestört		Hilfsmittel		Brille		Kontaktlinsen	
-----------	--	-------------	--	--------	--	---------------	--

Atmung:

normal		eingeschränkt			
Gewohnheiten (z.B. Rauchen)					

Wärme - / Kälteempfinden

Normal		gestört	
--------	--	---------	--

Medizinische Versorgung / Prophylaxen

Medikamentengabe		Hilfsmittel:	
Selbständig		Angehörige/Andere	
Einnahmekontrolle		Medikamente richten	
Prophylaxen		Sonstiges:	
Dekubitus		Spitzfuß	
Pneumonie		Soor / Parotitis	
Thrombose		Obstipation	
Kontraktur		Dauerkatheter	

Ruhe und Schlaf

Störungen – welche ?
Was tun Sie, wenn Sie nicht schlafen können?
Schlafmittel?

Beschäftigung

Tages- / Freizeitgestaltung (bisherige Gewohnheiten, Clubs, Sport, Tanz, etc.)
Feste Termine
Interessen / Hobbys
Interessen an Aktivitäten / Kultur (Gruppe, Einzel)
Kontaktwünsche?

Hautzustand

intakt		Allergie	
--------	--	----------	--

trocken	Ulcer
feucht	Hämatom
schuppig	Dekubitus

Körperpflege Bisherige Gewohnheiten

Baden	Med. Fußpflege
Duschen	Friseur
Körperwäsche	Kosmetik

Ausscheidungen

Harninkontinenz	nein	gelegentlich	ja
Blasenkateter	Typ	Größe	
Harnableitendes System		gelegt am:	
Einlagen	Tags	Nacht	
Stuhlgang regelmäßig	nein	Abführmittel	
neigt zu Durchfall	gelegentlich	nein	
Toilettentraining	stdl.		
Anus praeter			

Ernährung

Ernährungszustand:	gut		kachektisch		exsikkativ		adipös	
Ernährungswünsche								
Nahrungsallergien								
Essenszeiten								
Essensgewohnheiten								

Mobilität

Einschränkungen des Stütz- und Bewegungsapparates (Parese, Akinese, etc.)
bettlägerig seit:
Lagerungshilfsmittel:
Hilfsmittel zur Fortbewegung:



JÜDISCHE
GEMEINDE
ZU BERLIN
קהילת ברלין

KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

--

Kleidung / Kleidungsgewohnheiten

Anschrift des / r behandelnden Arztes / Ärzte

Name:	
Anschrift:	
Telefon:	Mobil:
Name	
Anschrift	
Telefon	Mobil
Name	
Anschrift	
Telefon	Mobil

Datum.....

.

.....
Unterschrift des Arztes
oder des Pflegedienstes