



Alten- und Pflegeheim Willig OHG



Salinenstraße 31-34
31162 Bad Salzdetfurth
Tel. 05063 - 90860

Information zur Heimaufnahme

Sehr geehrte Damen und Herren,

um Ihnen den Einzug in unser Haus so einfach wie möglich zu gestalten und Sie medizinisch gut zu versorgen, bitten wir Sie im Vorfeld einiges zu beachten:

Am Tag Ihres Einzuges können wir Sie von Montag bis Freitag zwischen 08.00 und 12.00 Uhr aufnehmen. Ausnahmen hiervon sind im Vorfeld abzusprechen. Bitte bringen Sie zum Einzug einen aktuellen Medikamentenplan mit.

Sie müssen außerdem die dazugehörigen Medikamente mitbringen und/oder entsprechende Rezepte. Medikamente die nicht da sind, können wir nicht verabreichen. Für einen eventuellen Krankenhausaufenthalt bringen Sie bitte eine entsprechend kleine Tasche mit, die stets im Zimmer griffbereit liegen sollte.

Für die Zeit Ihres Aufenthaltes bei uns müssen Sie sich im Vorfeld um einen Hausarzt kümmern, der zu uns ins Haus kommt. Gern können wir Ihnen dabei behilflich sein.

Wir wünschen Ihnen einen schönen Aufenthalt
Ihr Alten- und Pflegeheim Willig



Antrag auf einen Pflegeplatz

Vollstationäre Pflege ab _____

Kurzzeit Pflege vom _____ bis _____

Von der Verwaltung auszufüllen:

Name: _____

Debitorennummer: _____

Wohnbereich/Zimmer: _____

Info am: _____

- WB
- PDL
- BD
- Wäscherei
- Eintrag Kalender



1. Angaben zur Person

Name: _____

Vorname: _____

Geb.-Name: _____

Geb.-Datum: _____ 19 _____

Geburtsort: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Häusliche Anschrift:

Straße: _____

Ort: _____

Ummeldung bei vollstationärem Aufenthalt: 1. Wohnsitz
 2. Wohnsitz (Nebenwohnsitz)

Staatsangehörigkeit: _____

Telefon mit Vorwahl: _____

Handy-Nummer: _____

2.a Angehörige

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefon mit Vorwahl: _____

Handy-Nummer: _____

Telefax mit Vorwahl: _____



2.b Angehörige

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefon mit Vorwahl: _____

Handy-Nummer: _____

Telefax mit Vorwahl: _____

2.c Angehörige

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Name: _____

Vorname: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefon mit Vorwahl: _____

Handy-Nummer: _____

Telefax mit Vorwahl: _____

3.a Wurde eine Generalvollmacht erteilt: ja nein

An wen? _____

3.b Wurde eine Generalvollmacht erteilt: ja nein

An wen? _____

3.c Wurde eine Generalvollmacht erteilt: ja nein

An wen? _____



4. Betreuung durch Beschluss des Vormundschaftsgerichtes

- ja nein ist beantragt

Name des Betreuers: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

Name des Betreuers: _____

Straße: _____

Ort: _____

Telefon: _____ Telefax: _____

5. Bisheriger Hausarzt:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

(Bitte klären, ob weitere Betreuung im Heim möglich ist!)

5a. Hausarzt für die Zeit des Aufenthaltes:



6. Kranken/Pflegekasse:

Name: _____

Rezeptgebühren befreit: ja nein Befreiung beilegen

Versichertennummer: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

6.a Pflegegrad: 1 2 3 4 5

Wurde eine Höherstufung von Ihnen beantragt?

ja wann? _____

nein

7. Wurde der Antrag auf vollstationäre Pflege oder Kurzzeitpflege bei der Kasse gestellt?

ja nein

8. Kostenträger

Selbstzahler ja nein

9. Wurde Sozialhilfe beantragt?

Sozialamt: _____

Muss noch beantragt werden ja nein



10. Wäsche und Sonstiges

Ist die Wäsche mit Wäschenamen gekennzeichnet? ja nein

- Wenn nein, wird keine Haftung übernommen! -

Sollen Wäschenamen bestellt werden: ja nein

	ja	nein
Soll empfindliche Kleidung gereinigt werden?		
Soll der Friseur im Haus genutzt werden? Friseurbesuch im Monat: 1x 2x 3x 4x		
Möchten Sie die vom Haus angebotene med. Fußpflege in Anspruch nehmen?		
Sollen Pflegeartikel vom Haus bestellt werden?		
Möchten Sie die hauseigene Kioskbestellung nutzen?		
Möchten Sie zusätzliche Getränke vom Haus kostenpflichtig beziehen?		
Ist eine Bewohner-Krankenhaustasche vorhanden?		
Sollen wir für Sie eine Tasche für einen evtl. Krankenhausaufenthalt bestellen?		

11. Bisheriger ambulanter Pflegedienst

Ansprechpartner: _____

Adresse: _____

Telefon mit Vorwahl: _____

(Bei einem vorherigen Krankenhausaufenthalt ist der Pflegebericht erforderlich!)



12. Erkrankungen und Hilfebedarf

Diagnosen: _____

Vorhandene Wunden/Dekubitus, wie versorgt?

Suchtkrankheiten: ja nein

Körperliche Behinderungen: ja nein

Welche? _____

Ernährungszustand: _____

Größe: _____

Gewicht: _____

Enterale Ernährung - PEG? _____

Ist Diät/Schonkost erforderlich? ja nein

Welche Medikamente müssen derzeit verabreicht werden?

Werden Kompressionsstrümpfe getragen: ja nein

Besteht Weglaufgefahr: ja nein

Ist eine Fixierung notwendig? (Beschluss): ja nein

Gefährdung Anderer oder der eigenen Person? ja nein



13. Impfungen

Besteht eine Impfung gegen Covid-19? ja nein

1. Impfung war am: _____

2. Impfung war am: _____

(Bitte Impfausweis mitbringen!)

14. Allergien

Besteht eine Allergie? ja nein

Welche: _____

(Bitte Allergieausweis mitbringen!)

15. Bis dato erhaltene Therapien:

- Krankengymnastik
- Ergotherapie
- Logotherapie
- Sonstiges



16. Welche Hilfsmittel werden benötigt:

- Brille
 - Hörgeräte
 - Zahnprothese
 - Gehstock
 - Unterarmgehstützen
 - Rollator
 - Rollstuhl
 - Sauerstoffkonzentrator
 - Sonstiges
-



Zutreffendes bitte ankreuzen!

Ist der/die Bewohner/in desorientiert?

- | | | | | | | | | |
|------------|------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------|--------------------------|---------|--------------------------|
| Zeitlich | nein | <input type="checkbox"/> | gelegentlich | <input type="checkbox"/> | häufig | <input type="checkbox"/> | dauernd | <input type="checkbox"/> |
| Örtlich | nein | <input type="checkbox"/> | gelegentlich | <input type="checkbox"/> | häufig | <input type="checkbox"/> | dauernd | <input type="checkbox"/> |
| Persönlich | nein | <input type="checkbox"/> | gelegentlich | <input type="checkbox"/> | häufig | <input type="checkbox"/> | dauernd | <input type="checkbox"/> |

Ist der/die Bewohner/in Dialysepatient? ja nein

Besitzt der/die Bewohner/in einen Herzschrittmacher? ja nein

Ist der/die Bewohner/in inkontinent? (Harn, Stuhl) ja nein

Benötigt der/die Bewohner/in Hilfe beim:

- | | | | | | | | | |
|--------------------|-------|--------------------------|---------------|--------------------------|---------|--------------------------|----------|--------------------------|
| Gehen | keine | <input type="checkbox"/> | gelegentliche | <input type="checkbox"/> | häufige | <input type="checkbox"/> | dauernde | <input type="checkbox"/> |
| Essen | keine | <input type="checkbox"/> | gelegentliche | <input type="checkbox"/> | häufige | <input type="checkbox"/> | dauernde | <input type="checkbox"/> |
| Waschen | keine | <input type="checkbox"/> | gelegentliche | <input type="checkbox"/> | häufige | <input type="checkbox"/> | dauernde | <input type="checkbox"/> |
| Ankleiden | keine | <input type="checkbox"/> | gelegentliche | <input type="checkbox"/> | häufige | <input type="checkbox"/> | dauernde | <input type="checkbox"/> |
| Frisieren/Rasieren | keine | <input type="checkbox"/> | gelegentliche | <input type="checkbox"/> | häufige | <input type="checkbox"/> | dauernde | <input type="checkbox"/> |
| Aufstehen | keine | <input type="checkbox"/> | gelegentliche | <input type="checkbox"/> | häufige | <input type="checkbox"/> | dauernde | <input type="checkbox"/> |
| Zu Bett gehen | keine | <input type="checkbox"/> | gelegentliche | <input type="checkbox"/> | häufige | <input type="checkbox"/> | dauernde | <input type="checkbox"/> |
| Toilettengang | keine | <input type="checkbox"/> | gelegentliche | <input type="checkbox"/> | häufige | <input type="checkbox"/> | dauernde | <input type="checkbox"/> |

Unterschrift/Datum
(Bewohner/Bevollmächtigter/Betreuer)



**Sehr geehrte/r Bewohner/in
Sehr geehrte Angehörige!**

Da mit dem Einzug in unsere Einrichtung für Sie ein neuer Lebensabschnitt beginnt, benötigen wir einige Angaben über ihre/seine Rituale, Gewohnheiten und Wünsche. Die hier gesammelten Informationen sind für unsere Mitarbeiter eine große Hilfe im Umgang mit unserem/er neuen Bewohner/in.

Desto detaillierter die Angaben zu Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen erarbeitet werden, umso besser können wir in der Zeit des Einlebens auf die neuen Bewohner eingehen.

Dies wird umso wichtiger, je weniger der/ die Bewohner/in selbst in der Lage ist, sich sprachlich mitzuteilen und über sich und seine/ihre Wünsche und Bedürfnisse zu sprechen.

Wir bitten Sie, folgende Fragen nach Ihrem Ermessen zu beantworten. Das Ausfüllen des Fragebogens ist selbstverständlich freiwillig. Benötigen Sie Hilfe bei der Beantwortung von Fragen stehen Ihnen unsere Ihr Team Mitarbeiter/innen gerne zur Verfügung.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung



Rituale, Gewohnheiten und Wünsche

Personalien	Bitte hier ausfüllen:
Name, Geburtsname:	
Vorname(n):	
Ess- und Trinkgewohnheiten	
Welche Vorlieben/Abneigungen hat sie/er	
Rituale zu den Essenszeiten	
Schlafgewohnheiten	
Tag/Nachtmensch?	
Hat sie/er besondere Angewohnheiten in Bezug auf Schlaf?	
Bestehen evtl. Schlafstörungen?	
Falls ja, wie wirken sie sich aus und was wurde dagegen unternommen?	



Körperpflege und Kleidung	
Rituale, Gewohnheiten, Wünsche und Zeiten	
Beruf	
Welche berufliche Tätigkeit übte sie/er aus?	
Aktivitäten	
Hatte sie/er besondere Hobbys/Interessen?	
Welche Interessen werden noch wahrgenommen?	
Kirche und Religion	
Bestand/besteht bei ihr/ihm Interesse an der Kirche, Glauben oder Religion?	
Ist sie/er regelmäßig zum Gottesdienst gegangen?	



Todesfallregelung:	
Bestattungsinstitut:	Feuerbestattung < <input type="checkbox"/> Erdbestattung < <input type="checkbox"/>
Wer soll benachrichtigt werden?	
Einzug ins Altenheim	
Wie kam es zu dieser Entscheidung ins Altenheim zu ziehen?	
Welche Wünsche, Hoffnungen oder Ängste bestehen im Hinblick auf ein Leben im Altenheim?	
Sonstiges	

 Datum, Unterschrift



Unbedenklichkeitsbescheinigung

(Bescheinigung darf bei Einzug nicht älter als 4 Wochen sein!)

Frau/Herr _____

geb. am _____

ist zurzeit frei von ansteckenden Krankheiten.

Sie/Er kann in einem Altenheim aufgenommen werden.

Datum: _____

Stempel/Unterschrift des Arztes



Pflegehandbuch
VA Öffentlicher Teil
Anmeldung zur
Heimaufnahme
