

# SENIOREN-RESIDENZ "bona fide" GmbH



SENIOREN-RESIDENZ "bona fide" GmbH  
Steinkaulstr. 54, 52070 Aachen

Telefon: ( 0 241) 9424-0  
Telefax: ( 0 241) 446 55 30  
E-Mail: info@senioren-residenz-bona-fide.de

## Anmeldung zur Heimaufnahme - Kurzzeitpflege

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

Einzelzimmer  Doppelzimmer  Zimmer Nr.: \_\_\_\_\_

Aufnahmedatum \_\_\_\_\_

Entlassdatum (falls bekannt) \_\_\_\_\_

### *Persönliche Daten:*

---

**Name, Vorname, geborene**

**Geburtsdatum, Ort**

---

**Letzte Adresse vor der Aufnahme in die Pflegeeinrichtung**

---

**Derzeitiger Aufenthalt**

---

**Familienstand**

**Konfession**

**Staatsangehörigkeit**

ja  nein

---

**Krankenkasse**

**Versicherungsnummer**

**Befreiung für laufendes Jahr**

---

**Pflegegrad**

**Einstufung/ Höherstufung beantragt**

### *Angehörige/ Bezugspersonen*

---

**Name, Vorname**

**wie verwandt/ welcher Bezug**

---

**Adresse**

**Telefon/ Fax**

---

**Name, Vorname**

**wie verwandt/ welcher Bezug**

---

**Adresse**

**Telefon/ Fax**

*Betreuer/in (nach Betreuungsgesetz) / Bevollmächtigte*

---

**Name, Vorname**

**Telefon/ Fax**

---

**Adresse**

---

**Wirkungskreis**

*Hausarzt*

---

**Name, Vorname**

**Telefon/ Fax**

---

**Adresse**

*Kostenträger*

**Wurde Unterstützung durch Sozialhilfe bezogen oder beantragt?** \_\_\_\_\_

**Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?** \_\_\_\_\_

**Anspruch auf Kriegsopferfürsorge**       **ja**       **nein**

**Rechnungsadresse:** \_\_\_\_\_

*Sonstige Bemerkungen/ Hinweise*

---

---

---

Ort, Datum

---

\* Unterschrift

Erst der Abschluss des Wohn- und Betreuungsvertrages ist für beide Seiten bindend!

# SENIOREN-RESIDENZ "bona fide" GmbH



SENIOREN-RESIDENZ "bona fide" GmbH  
Steinkaulstr. 54, 52070 Aachen

Telefon: (0 241) 9424-0  
Telefax: (0 241) 446 55 30  
E-Mail: info@senioren-residenz-bona-fide.de

## Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

Gewünschte Wohnform     Einzelzimmer     Doppelzimmer    ZimmerNr.: \_\_\_\_\_

Aufnahmeperspektive     dringend     vorsorglich

Aufnahmedatum: .....

### *Persönliche Daten:*

---

**Name, Vorname, geborene**

**Geburtsdatum, Ort**

---

**Adresse**

**Telefon**

---

**Derzeitiger Aufenthalt**

---

**Familienstand**

**Konfession**

**Staatsangehörigkeit**

ja     nein

---

**Krankenkasse**

**Versicherungsnummer**

**Befreiung für laufendes Jahr**

---

**Pflegegrad**

**Einstufung/ Höherstufung beantragt**

### *Angehörige/ Bezugspersonen*

---

**Name, Vorname**

**wie verwandt/ welcher Bezug**

---

**Adresse**

**Telefon/ Fax**

---

**Name, Vorname**

**wie verwandt/ welcher Bezug**

---

**Adresse**

**Telefon/ Fax**

*Betreuer/in (nach Betreuungsgesetz) / Bevollmächtigte*

---

**Name, Vorname**

**Telefon/ Fax**

---

**Adresse**

---

**Wirkungskreis**

*Hausarzt*

---

**Name, Vorname**

**Telefon/ Fax**

---

**Adresse**

*Kostenträger*

**Wurde Unterstützung durch Sozialhilfe bezogen oder beantragt?** \_\_\_\_\_

**Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?** \_\_\_\_\_

**Wurde Pflegewohngeld bezogen oder beantragt?** \_\_\_\_\_

**In welche Höhe belaufen sich die Renten?** \_\_\_\_\_

**Antrag auf stationäre Pflege wurde gestellt am:** \_\_\_\_\_

**Besteht Anspruch auf Kriegsofopferfürsorge**       ja       nein

**Rechnungsadresse:** \_\_\_\_\_

*Sonstige Bemerkungen/ Hinweise*

---

---

---

Ort, Datum

---

\* Unterschrift

Erst der Abschluss des Wohn- und Betreuungsvertrages ist für beide Seiten bindend!



## Ärztlicher Bearbeitungsbogen Feststellung zur Ermittlung des Pflege- und Betreuungsbedarfes

für Herrn/Frau \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Bitte nur in Druckschrift o. mit Schreibmaschine ausfüllen**

### I. Diagnose zum Zeitpunkt der Begutachtung:

Schilderung der derzeit wichtigsten Krankheitserscheinungen, insbesondere der vorliegenden Funktionsstörungen:

---



---

<b>Zeitliche Orientierung</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	nicht immer <input type="checkbox"/>	
<b>Örtliche Orientierung</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	nicht immer <input type="checkbox"/>	
<b>Weglauftendenz</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	<b>Gemütsstimmung</b>	<input type="checkbox"/> freundlich
				<input type="checkbox"/> depressiv
				<input type="checkbox"/> aggressiv
nachts ruhig:	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		

<b>Hörvermögen</b>	taub <input type="checkbox"/>	fast taub <input type="checkbox"/>	<b>Sehvermögen</b>	<input type="checkbox"/> blind
			Sehkraft: % _____ li _____ re	
<b>Sprachvermögen</b>	massiv gestört <input type="checkbox"/>		gestört <input type="checkbox"/>	
<b>Sprachverständnis</b>	massiv gestört <input type="checkbox"/>		gestört <input type="checkbox"/>	

<b>Stütz- und Bewegungsorgane</b>	funktionsfähig	Funktionsbeeinträchtigung durch				
	teilweise	nicht	Amputation	Versteifung	Lähmung	welche Seite
obere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
untere Extremitäten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Wirbelsäule	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				

<b>II. Pflegebedarf, Hilfen erforderlich bei</b>	selbständig	gelegentlich	häufig	ständig
<b>Mobilität</b>				
- Gehen/Stehen/Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Hilfestellung bei der Benutzung eines Rollstuhls	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- bettlägerig		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ernährung/Kostform</b> _____				
- Nahrungsaufnahme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mundgerechte Vorbereitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Hygiene/Grundpflege</b>				
- An/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Waschen/Duschen/Baden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Frisieren/Rasieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Mund/Zahnpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Nagelpflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

