



## **ANMELDUNG ZUM EINZUG IN DAS ZENTRUM FÜR SENIOR\*INNEN (TBH)**

(Angaben bitte vollständig und in Druckbuchstaben machen)

Anrede \_\_\_\_\_ Pronomen \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

derzeitiger Aufenthalt (Seniorenzentrum,  
Krankenhaus o.ä.) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_ Beruf \_\_\_\_\_

Gewünschte Wohnform im Pflegebereich \_\_\_\_\_

Doppelzimmer       Einzelzimmer      Terminwunsch \_\_\_\_\_

### **1. ANGEHÖRIGE / WAHLFAMILIE**

Anrede \_\_\_\_\_ Pronomen \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Beziehung \_\_\_\_\_

Anrede \_\_\_\_\_ Pronomen \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Beziehung \_\_\_\_\_



## 2. BETREUUNG / BEVOLLMÄCHTIGUNG

Vorsorgevollmacht    individuelle Vollmacht    Patientenverfügung    Amtsbetreuung

Anrede \_\_\_\_\_ Pronomen \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

## 3. HAUSÄRZTLICHE VERSORGUNG

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_  
(bitte unbedingt angeben)

## 4. KRANKENKASSE / PFLEGEKASSE

Name \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ KV-Nr. \_\_\_\_\_

Eingruppierung in Pflegegrad \_\_\_\_\_ (bitte Kopie beifügen)

Wurde ein Höherstufungsantrag gestellt?  ja  nein  
Falls ja, wann? \_\_\_\_\_

## 5. DECKUNG DER KOSTEN

Beihilfeberechtigt  ja  nein

Name und Anschrift der Person, die den Schriftverkehr und die Rechnungen erhalten soll  
(nur wenn abweichend von „1. Angehörige / Wahlfamilie“)

Anrede \_\_\_\_\_ Pronomen \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Zur Deckung der Kosten wurde beim Sozialamt in \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_ Sozialhilfe beantragt.



## 6. DATENSCHUTZ

Ich bin damit einverstanden, dass die stationäre Einrichtung meine personenbezogenen Daten erhebt, erfasst, speichert und verwendet zum Zweck des Anmeldeverfahrens.

Ich bin darauf hingewiesen worden, dass die Verarbeitung meiner Daten auf freiwilliger Basis erfolgt. Ferner, dass ich meine Einwilligung verweigern bzw. jederzeit ohne Angaben von Gründen mit Wirkung für die Zukunft in Textform widerrufen kann.

Den Widerruf kann ich entweder postalisch, per E-Mail oder per Fax an die\* / den\* Vertragspartner\*in übermitteln. Es entstehen mir dabei keine anderen Kosten als die Portokosten bzw. die Übermittlungskosten nach den bestehenden Basistarifen.

Meine Widerrufserklärung ist zu richten an:

Elisabeth Römisch, Fachbereichsleiterin Pflege  
Peter-Bauer-Str. 2  
50823 Köln  
roemisch@awo-koeln.de

Ich hatte Gelegenheit, Fragen zum Datenschutz zu stellen. Sofern ich Fragen hatte, wurden diese vollständig und umfassend beantwortet.

Weitere Informationen zum Datenschutz sowie die Kontaktdaten der Datenschutzbeauftragten sind zu finden unter:

<https://www.awo-koeln.de/datenschutzhinweise.html>

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum                      Unterschrift zukünftige\*r Bewohner\*in

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum                      Unterschrift Betreuer\*in bzw. Bevollmächtigte\*r

## ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

Vor- und Zuname				Geburtsname						
Geburtsdatum										
<b>Benötigt die* / der* Patient*in Hilfen beim</b>										
	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treppen steigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<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"/>						
PEG	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein						
Trachealkanüle	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein						
<b>Ist die* / der* Patient*in</b>										
	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd		Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	
örtlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treten nachts	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
persönlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Unruhezustände auf?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
situativ desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ist die Patientin / der Patient bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zeitlich desorientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
	<input type="checkbox"/>	mobil	<input type="checkbox"/>	immobil						
<b>Liegt Inkontinenz vor?</b>										
	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd						
Harninkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>				
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Falls ja, in welcher Form?	<input type="checkbox"/>	Stressinkontinenz	<input type="checkbox"/>	Dranginkontinenz	<input type="checkbox"/>	Reflexinkontinenz	<input type="checkbox"/>	Überlaufinkontinenz	<input type="checkbox"/>	extraurethrale Inkontinenz
Wie ist die Stimmungslage und seelische Verfassung?										
Ist eine Suchtkrankheit bekannt? Falls ja, welche?										
Besteht eine körperliche Behinderung?										
Liegen psychische Störungen vor? Falls ja, welche?										
<b>Bestehen ansteckende Krankheiten wie z.B. TBC?</b>										
	Scabies	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein					
	Salmonellen	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein					
	Lungentuberkulose	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein					
	MRSA	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Lokalisation:				
	andere multiresistente Keime	<input type="checkbox"/>	Ja	<input type="checkbox"/>	Nein	Keimart:				



Liegt ein ärztliches Zeugnis nach § 36 Abs.4 IfSG vor?  Ja  Nein

Diagnose bzw. Diagnosen	
Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	
Ist Diät oder Schonkost erforderlich? Falls ja, welche genau?	
Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen	

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen  
Untersuchung der aufzunehmenden Person

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Ärzt\*in