



ANMELDUNG ZUM EINZUG IN DAS ZENTRUM FÜR SENIOR*INNEN

(Angaben bitte vollständig und in Druckbuchstaben machen)

Anrede _____ Pronomen _____

Name _____ Vorname _____

Anschrift _____

Geburtsname _____ Telefon _____

E-Mail Adresse _____

derzeitiger Aufenthalt (Zentrum für Senior*innen, Krankenhaus o.ä.) _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Familienstand _____ Konfession _____

Staatsangehörigkeit _____ Früherer Beruf _____

Terminwunsch ab sofort sonstiges: _____
 vorsorglich (z. B. Zeitraum Kurzzeitpflege)

Gewünschte Einrichtung Arnold-Overzier-Haus (Südstadt)
 Elisabeth-Selbert-Haus (Südstadt)
 Theo-Burauen-Haus (Ehrenfeld)
 Lotte-Lemke-Haus (Zündorf)

Gewünschte Wohnform im Pflegebereich Doppelzimmer Einzelzimmer

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?Zuzahlungsbefreiung? ja nein**5. DECKUNG DER KOSTEN**Selbstzahler*in ja neinBeihilfeberechtigt ja neinSozialhilfe / Grundsicherung ja neinName 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 _____



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, Fachbereichsleitung 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										
Größe										
Gewicht										
Benötigt die* / der* Patient*in Hilfen beim										
	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						
Ist die* / der* Patient*in										
	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						
Liegt Inkontinenz vor?										
	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?										



Bestehen ansteckende Krankheiten wie?

- | | | | | | |
|------------------------------|--------------------------|----|--------------------------|------|---------------|
| 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(n)	
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
