

Fragebogen zur Aufnahmeanfrage WO III Senioren/Pflege (SGB XI)



Franziskuswerk
Schönbrunn

Persönliche Angaben zum/zur Aufzunehmenden

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Soziale Dienste und Einrichtungen
Aufnahmebeauftragte

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum, Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Adresse: _____

Familienstand _____

Geschlecht männlich weiblich

Konfession röm.kath. evang.

sonstige _____

Pflegegrad: _____

Name und Anschrift
der Krankenkasse _____

Wurde der Antrag zur Kostenübernahme bereits gestellt?
 ja nein

Kostenträger: _____

Bezieht Er/Sie Rente? ja nein

Wenn ja, Art der Rente: _____

Gründe für die Anfrage:

Krankheit/Alter/Tod der Angehörigen

Überforderung der Angehörigen

Einrichtungswechsel

Sonstige Gründe _____



Aktuelle Wohnsituation

Familie	<input type="checkbox"/>	Wohnheim	<input type="checkbox"/>
Verwandte	<input type="checkbox"/>	Betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/>
Krankenhaus	<input type="checkbox"/>	In eigener Wohnung	<input type="checkbox"/>
Sonstiges	_____		
Aktuelle Wohnadresse:	_____		

Angaben zur Betreuung

gesetzliche/r Betreuer/

Name, Vornamen: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Eine gesetzliche Betreuung besteht noch nicht,
wurde jedoch beantragt: ja nein

Zweitbetreuer?

Name, Vornamen: _____

Adresse: _____

Telefon: _____



Diagnose

Art der Pflegebedürftigkeit:

falls nicht vorhanden Beschreibung der Person und ihrer Behinderung:

Art der Behinderungen: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

pflegebedürftigkeit	
geistig behindert	
psychisch behindert	
körperbehindert	
sehbehindert	
blind	
schwerhörig	
gehörlos	
erworbene Hirnschädigung z.B. Schlaganfall, Schädel-Hirn-Trauma	

Epilepsie ja nein

wenn ja, zur Zeit Anfälle ja nein

Art und Häufigkeit der Anfälle: _____

Allergie ja nein

Diabetes ja nein

Suchtkrankheit ja nein

wenn ja, welche _____

Medikation ja nein

wenn ja, welche _____

Chronische Krankheiten ja nein

wenn ja, welche _____

Ansteckende Krankheiten ja nein

Wenn ja, welche _____

Hilfsmittel (z.B. Gehwagen, Rollstuhl, Gehhilfe, Prothese, Brille, Hörgerät etc.) **bei Prothesenträgern bitte Anschrift des Spezialarztes angeben**



Lebenspraktische Bereiche (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Körperpflege (wie z.B. An- und Auskleiden, Waschen Duschen, Baden, Zahnpflege, Kämmen und Rasieren)

wird in diesem Bereich vollständig versorgt ja nein

benötigt Mithilfe ja nein

führt die Tätigkeiten selbständig aus ja nein

Toilette

ist inkontinent (muß gewickelt werden) ja nein

benötigt Mithilfe beim Toilettengang ja nein

geht selbständig zur Toilette ja nein

Ernährung

(Nahrungsaufnahme und Trinken)

Essen wird eingegeben ja nein

erhält Sondennahrung (PEG, orale Sonde) ja nein

bestehen Schluckbeschwerde ja nein

orale Nahrungsaufnahme trotz PEG möglich ja nein

wenn ja/ **bitte ankreuzen:**

pürierte Kost ja nein

angedickte Kost ja nein

mundgerecht zubereitete Kost ja nein

benötigt Mithilfe (z.B. Essen kleinschneiden) ja nein

ißt selbständig mit Messer und Gabel ja nein

Mobilität

ist bettlägerig ja nein

benötigt Hilfsmittel ja nein

wenn ja, welche?:

Rollstuhl Rollator Handlauf Gehstock

bewegt sich ohne Hilfe/Hilfsmittel fort ja nein

Bitte Name und Anschrift der Hilfsmittelfirma angeben:



Verständigung / Kontaktaufnahme

Verständigung möglich? ja nein

durch: Sprache Gestik, Mimik, Gebärden Hilfsmittel

Angabe der Hilfsmittel: _____

Kann Wünsche und Bedürfnisse äußern: ja nein

Kann Erlebnisse beschreiben u. Fragen beantworten: ja nein

Kulturtechniken

Lesen _____
z.B. einige Wörter oder Sätze

Schreiben _____
z.B. schreibt ab oder nur den Namen

Rechnen _____
z.B. bis 10 oder bis 100

Interessen und Hobbies

welche? _____

Psychische Situation

zeigt besondere Ängste ja nein manchmal

wenn ja, welche: _____

neigt zu Schreiverhalten ja nein manchmal

zerstört Gegenstände ja nein manchmal

verletzt sich selbst ja nein manchmal

verletzt andere ja nein manchmal

zeigt Rückzug/depressive Verstimmung ja nein manchmal

hat übermäßigen Bewegungsdrang ja nein manchmal

zeigt ständig wiederkehrendes Verhalten ja nein manchmal

wenn ja, welches: _____



sonstige Besonderheiten ja nein manchmal

wenn ja, welche: _____

Therapien/ Fördermaßnahmen

(bitte geben Sie an, welche Therapie und Fördermaßnahmen derzeit stattfinden)

Krankengymnastik Physiotherapie

Ergotherapie Logopädie

heilpädagog. Betreuung psychologische Begleitung

Sonstige: _____

Sonstige Bemerkungen und Wünsche

Aufnahmetermin

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

Aufnahme sofort erforderlich ja nein

Gewünschter Aufnahmetermin: _____

Vorsorgliche Anfrage ja nein



Benötigte Unterlagen zum Erstgespräch

(Bitte ankreuzen, welche Unterlagen beigelegt sind)

- kurzer chronologischer Lebenslauf
- Kopie des Schwerbehindertenausweises
- Kopie des Personalausweises
- Kopie des Betreuerausweises mit Beschluss (falls vorhanden)
- Geburtsurkunde in Kopie
- Heiratsurkunde in Kopie
- Scheidungsurteil in Kopie (falls vorhanden)
- ärztliche Diagnose oder ärztliches Gutachten (falls vorhanden)
- Arztberichte der letzten zwei Jahre
- Informationen über den Virus MRSA oder Hepatitis (s. Anlage nur bei Aufnahme aus der Klinik nötig)
- ärztl. Verordnungsblatt für Medikamente (s. Anlage, muss zum Probewohnen oder bei Kurzzeitunterbringung ausgefüllt, und vom Arzt unterschrieben mitgebracht werden)
- Allergiepaß in Kopie
- Impfausweis in Kopie
- Bestimmung für den Todesfall (wird mit der Aufnahme ausgefüllt)

Möbel werden mitgebracht ja nein



Digitale Erfassung und Datenschutzerklärung:

Ihre Unterlagen werden nach Eingang umgehend digital in einer elektronischen Akte gespeichert. Damit wird eine zielgerichtete Bereitstellung ihrer Unterlagen für die Bearbeitung und zügige Beantwortung ihrer Anfragen angestrebt.

- Die eingereichten Papierunterlagen werden nach der digitalen Erfassung von uns archiviert.
- Um Rücksendung der eingereichten Papierunterlagen wird gebeten.

Die personenbezogenen Angaben wurden freiwillig erbracht. Diese werden vom Franziskuswerk Schönbrunn datenschutzgerecht gespeichert und ausschließlich zum Zweck der ordnungsgemäßen Bearbeitung der Aufnahmeanfrage verwendet. Es erfolgt keine Weitergabe der Daten an Dritte. Eine Weitergabe an Dritte ist nur möglich, wenn dies gesetzliche Bestimmungen fordern oder eine gesonderte Einverständniserklärung vorliegt. Im Falle einer Aufnahme werden die Daten im Rahmen des Einrichtungsvertrages übernommen und weiter verwendet. Im Falle einer Nichtaufnahme erfolgt die Löschung der Daten bzw. Vernichtung der Papierunterlagen. Im Bearbeitungszeitraum kann die Löschung von Daten jederzeit formlos beim Franziskuswerk Schönbrunn beantragt werden.

Grundsätzliche Hinweise der Franziskuswerk Schönbrunn gGmbH zum Datenschutz

Für die Franziskuswerk Schönbrunn gGmbH gilt in Datenschutzangelegenheiten das kirchliche Datenschutzgesetz (KDG).

Informationen, die Sie unverschlüsselt per Elektronische Post (E-Mail) an uns senden, können möglicherweise auf dem Übertragungsweg von Dritten gelesen werden. Wir können in der Regel auch Ihre Identität nicht überprüfen und wissen nicht, wer wirklicher Inhaber einer E-Mail-Adresse ist. Eine rechtssichere Kommunikation durch einfache E-Mail ist daher nicht gewährleistet. Wie viele E-Mail-Anbieter setzen wir Filter gegen unerwünschte Werbung („SPAM-Filter“) ein, die in einigen Fällen auch normale E-Mails fälschlicherweise automatisch als unerwünschte Werbung einordnen und löschen. E-Mails, die schädigende Programme („Viren“) enthalten, werden von uns in jedem Fall automatisch gelöscht.

Wenn Sie schutzwürdige Nachrichten an uns senden wollen, empfehlen wir, die Nachricht auf konventionellem Postwege an uns zu senden oder persönlich abzugeben.

Weitere aktuelle Hinweise zum Datenschutz sowie die Kontaktdaten für Datenschutzfragen innerhalb des Franziskuswerk Schönbrunn finden Sie unter

<https://www.franziskuswerk.de/footer/navigation/datenschutz.html> im Internet.

Die Kenntnisnahme der Datenschutzhinweise und Richtigkeit meiner Angaben wird von mir bestätigt.

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____