



Otto und Anna Herold-Altersheimstiftung

Rudolph-Glauber-Str. 26, 97753 Karlstadt

Telefon: (0 93 53) 983-100

Telefax: (0 93 53) 983-699

Email: herold-stiftung@klinikum-msp.de

www.heroldstiftung.de

CHECKLISTE – „WARTELISTE“

**- Pflegeheim –
- Kurzzeit- und Verhinderungspflege -**

Zur Aufnahme auf unsere „Warteliste“ benötigen wir:

- ✓ Aufnahmeantrag
- ✓ Ärztlicher Fragebogen
- ✓ Rentenbescheide, bzw. Einkommensbescheide
- ✓ Bescheid der Pflegekasse über Pflegegrad
- ✓ Geburtsurkunde (ledig) oder Heirats- bzw. Sterbeurkunde vom Ehegatten
- ✓ Patientenverfügung
- ✓ Betreuerausweis/Schreiben
- ✓ Vorsorgevollmacht/Generalvollmacht

CHECKLISTE – „HEIMAUFNAHME“

Zur Aufnahme in „unsere Einrichtung“ benötigen wir:

- ✘ gekennzeichnete Wäsche (nur waschbare und trocknerfeste Kleidung; wird auf Wunsch vom Haus gekennzeichnet)
- ✘ Versichertenkarte der Krankenkasse, bzw. Befreiungskarte
- ✘ Personalausweis zur Vorlage
- ✘ Gezeichneten Zahnbecher und Zahnbürste
(Für den beschützenden Wohnbereich: Kennzeichnung aller persönlichen Gebrauchsgegenstände wie z.B. Gürtel, Schuhe usw.)
- ✘ Covid-Impfnachweis
- ✘ PCR-Test (max. 48 Std. alt)
- ✘ Nachweis über Befreiung von Rezeptgebühren
ja nein
- ✘ Betreuerausweis
ja nein
- ✘ Schwerbehindertenausweis
ja nein
- ✘ Sozialhilfeantrag
ja nein

*Die Aufnahme von neuen Bewohnern*innen erfolgt in der Zeit
von **10:00 Uhr bis 10:30 Uhr**, wenn möglich, in Begleitung eines Angehörigen.*

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.

Aufnahmeantrag



Pflegeheim
 Kurzzeitpflege

Beschützender Wohnbereich
 Tagespflege

Rudolph-Glauber-Str. 26 97753 Karlstadt

Gewünschte Art der Unterbringung

Einzelzimmer Doppelzimmer

Tel. (09353) 983 - 100

Fax (09353) 983 - 699

Email: herold-stiftung@klinikum-msp.de

www.heroldstiftung.de

Nachname: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Persönliche Daten:

Geburtsdatum: _____

zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Geburtsort: _____

Familienstand: _____

Ist bei Ihnen eine

Konfession: _____

Schwerbehinderung vorhanden?

Staatsangehörigkeit: _____

wenn ja, _____%

Anzahl der Kinder: _____

Besitzen Sie einen Schwerbehinderten-Ausweis?

ja, gültig bis _____ nein

Bisheriger Wohnort:

Straße, Hausnummer: _____

(Hauptwohnsitz)

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

derzeitiger Aufenthalt:

Krankenhaus/Einrichtung: _____

(nur ausfüllen, wenn keine Übereinstimmung mit Wohnort)

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Angehörige:

Angehörige*r/Ansprechpartner*in
für unsere Einrichtung

Angehörige*r

Angehörige*r

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (privat): _____

Telefon (dienstl.): _____

HandyNr. _____

E-Mail: _____

Verwandsch.verhältnis _____

Krankenkasse: gesetzlich privat
Name der Krankenkasse: _____ **Versicherungsnr.:** _____
Straße, Hausnummer: _____ Statusnr. _____ Zusatznr. _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ **Rezeptgebührenbefreiung vorhanden?**
Fax: _____ ja, seit _____ nein

Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft? ja nein
Bestehender Pflegegrad? _____ seit: _____
Einstufungs-/Höherstufungsantrag gestellt? ja, am: _____ nein
Beihilfeberechtigung? ja nein

Bisherige/r Hausarzt/-ärztin: **Weiterbehandlung geklärt?**
Name d. Arztes/Ärztin: _____ ja nein
Anschrift: _____ **Wenn nein, ist die Behandlung durch eine/n
andere/n ortsansässige/n Arzt/Ärztin abgeklärt?**
Telefon: _____ ja, Arzt/Ärztin: _____

Bisherige/r Zahnarzt/-ärztin: **Weiterbehandlung geklärt?**
Name d. Arztes/Ärztin: _____ ja nein
Anschrift: _____ **Ist die Behandlung durch eine/n andere/n
ortsansässige/n Zahnarzt/-ärztin abgeklärt?**
Telefon: _____ ja, Zahnarzt/-ärztin: _____

Von wem werden die Heimkosten getragen?
 Bewohner*in
 Angehörige*r Name: _____
 Sozialhilfe
Sozialhilfeantrag gestellt bei: _____
Sozialhilfeantrag wird noch gestellt: ja nein
Wohngeld beantragt? ja, bei: _____ nein
Wird noch beantragt, Name: _____

Amtlich/richterlich angeordnete Betreuung vorhanden?
 ja, seit _____ Amtsgericht: _____ nein
Name, Vorname: _____

Private Vollmacht/en vorhanden? ja nein
Name, Vorname: _____

Patientenverfügung vorhanden? ja nein

Sonstiges:
Bestattungsinstitut: _____
Gewünschte/geplante Ruhestätte: _____

Otto und Anna Herold-Altersheimstiftung

Rudolph-Glauber-Str. 26, 97753 Karlstadt

Tel. (09353) 983 - 100
Fax (09353) 983 - 699
Email: herold-stiftung@klinikum-msp.de
www.heroldstiftung.de



ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

(nur durch Arzt/Ärztin auszufüllen)

Name, Vorname und Geburtsname:

Geburtsdatum:

Diagnose und Befund (bitte in Druckbuchstaben ausfüllen)

- Herzschrittmacher Dekubitus PEG-Sonde transurethaler Katheter
- Stoma Tracheostomaanlage Sauerstoffgabe Macumarpatient
- insulinpflichtiger Diabetes Prothese (Arm Bein)
- Allergien _____
- Sonstiges _____

Bestehen ansteckende Krankheiten?

- nein TBC MRSA ESBL HIV

Bestehen Suchtkrankheiten?

- nein ja, folgende:

Mobilität:

Bettlägerig: ja nein

Gehfähigkeit: ja nein

Stehfähigkeit: ja nein

Bestehen Seh-, Hör- und/oder Sprachstörungen?

- nein ja, folgende:

Orientierungsvermögen und Verhalten	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	Ständige individuelle Anleitung erforderlich
Ist der/die Patient*in?					
a) zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) situativ orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) zur Person orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauftendenzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Umtriebigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Halluzinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nächtliche Unruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suizidgefahr	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Aktuelle Medikation (Bitte in Druckschrift ausfüllen!)	morgens	mittags	abends	nachts	bei Bedarf
Covid-Impfung	1. Impfung Datum	2. Impfung Datum	3. Impfung Datum	4. Impfung Datum	

Bemerkungen:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift Arzt/Ärztin

ESSBIOGRAPHIE



NAME BEWOHNER*IN/GAST:
BEREICH:

1. Welche **Mahlzeiten** nehmen / nahmen Sie an einem Wochentag (Montag bis Sonntag) normalerweise ein, an welchem Ort, mit wem und wann (Uhrzeit)?

	Zeit	Allein/ In Gemein- schaft	wird nicht einge- nommen	zu Hause	bei Verwandten/ Bekanntem	im Rest- aurant	Essen auf Rädern
Frühstück							
Zwischen- mahlzeit							
Mittagessen							
Kaffee / Zwischenmahlzeit							
Abendessen							

2. Was essen bzw. haben Sie üblicherweise zum **Frühstück** gegessen?

Werktags: _____

Sonntags: _____

2.1. Was gab / gibt es üblicherweise zum **Mittagessen**?

Werktags: _____

Sonntags: _____

2.2. Haben Sie **Zwischenmahlzeiten** zu sich genommen? Wenn ja, welche haben Sie bevorzugt?

Werktags: _____

Sonntags: _____

2.3. Was gab es zum **Abendessen**?

Werktags: _____

Sonntags: _____

2.4. Welche **Getränke** haben Sie zu den Mahlzeiten getrunken?

2.5. Wie hoch war / ist Ihre **Trinkmenge** täglich? _____

3. Traditionen / kulturelle Ereignisse

Feiertage:	Gerichte:
Karfreitag	
Ostern	
Heilig Abend	
Weihnachtstage	
Geburtstage	
andere	

4. Welche Lebensmittel und Gerichte (Leibgerichte) haben Sie in Ihrer Kindheit besonders gern gegessen?

5. Was essen Sie heute gern?

6. Essen Sie bestimmte Lebensmittel nicht?

Welche: _____

Warum essen Sie die angegebenen Lebensmittel nicht?

- Unverträglichkeit: Allergie: Geschmack:
 Gewohnheit: andere:

BEMERKUNGEN:

7. Haben Sie Essrituale? JA NEIN

Wenn ja, welche (z.B. Musik hören, Zeitung lesen bei den Mahlzeiten):

7.1. Wie kann Ihr Essplatz hier in der Einrichtung gestaltet sein?

7.2. Waren Sie früher eher schlank oder fülliger?

Wenn bekannt, bitte Angabe Durchschnittsgewicht: _____

7.3. War in letzter Zeit eine Gewichtsabnahme festzustellen? Nein Ja, weil _____

8. „Naschen“ (süß/salzig) Sie gerne, wenn ja, was?

9. Weitere Informationen/Bemerkungen:
