

Otto und Anna Herold-Altersheimstiftung

Johann-Rudolph-Glauber-Str. 26,
97753 Karlstadt

Telefon: (0 93 53) 983-100
Telefax: (0 93 53) 983-699
Email: herold-stiftung@kkh-msp.de



CHECKLISTE - WARTELISTE

zur Aufnahme auf die WARTELISTE:

Pflegeheim-Altenheim- Kurzzeit- und Verhinderungspflege

Zur Aufnahme auf unsere Warteliste benötigen wir:

**(nur mit vollständigen Unterlagen ist der Eintrag in die
Warteliste möglich!)**

- ✓ Aufnahmeantrag
- ✓ Ärztlicher Fragebogen
- ✓ Rentenbescheide, bzw. Einkommensbescheide
und Vermögensnachweise
- ✓ Bescheid der Pflegekasse über Pflegegrad
- ✓ Geburtsurkunde (ledig) oder Heirats- bzw.
Sterbeurkunde vom Ehegatten
- ✓ Patientenverfügung (Kopie)
- ✓ 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
- ✗ Gezeichneten Zahnbecher, Zahnbürste und Seifenschale

(Für den beschützenden Wohnbereich: alle persönlichen Gebrauchsgegenstände wie z.B. Gürtel, Schuhe usw.)

- ✗ Nachweis über Befreiung von Rezeptgebühren
ja nein
- ✗ Betreuerausweis
ja nein
- ✗ Schwerbehindertenausweis
ja nein
- ✗ Sozialhilfeantrag
ja nein

***Die Aufnahme von neuen Bewohnern erfolgt in der Zeit von
12:30 Uhr bis 13:00 Uhr.
(Wenn möglich, in Begleitung eines Angehörigen)***

*Vielen Dank für Ihre Unterstützung.
Ihre Einrichtungsleitung*

Otto und Anna Herold-Altersheimstiftung

Joh.-Rud.-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 vom Arzt 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 Patient?					
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

Bemerkungen:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Aufnahmeantrag



Joh.-Rud.-Glauber-Str. 26 97753 Karlstadt

Tel. (09353) 983 - 100

Fax (09353) 983 - 699

Email: herold-stiftung@klinikum-msp.de

www.heroldstiftung.de

- Altenheim** **Kurzzeitpflege**
 Pflegeheim **Tagespflege**
 beschützender Wohnbereich

Gewünschte Art der Unterbringung

- Einzelzimmer Doppelzimmer

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:

(Hauptwohnsitz)

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

derzeitiger Aufenthalt:

(nur ausfüllen, wenn keine Über-
stimmung mit Wohnort)

Krankenhaus/Einrichtung: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Angehörige:

Angehörige(r)/Ansprechpartner
für unsere Einrichtung

Angehörige(r)

Angehörige(r)

Name, Vorname: _____

Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon (privat): _____

Telefon (dienstl.): _____

Verwandtschafts-
verhältnis: _____

Krankenkasse: gesetzlich privat

Name der Krankenkasse: _____

Versicherungsnr.: _____

Straße, Hausnummer: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Rezeptgebührenbefreiung vorhanden? ja, seit _____ nein**Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft?** ja nein

bestehender Pflegegrad? _____ seit: _____

Einstufungs-/Höherstufungsantrag gestellt? ja, am: _____ neinBeihilfeberechtigung? ja nein**Bisheriger Hausarzt:****neuer Hausarzt: (Heroldstiftung)**Name d. Arztes/Praxis: _____ Dr. Beetz Dr. Hafner Dr. Gehrsitz/BeckAnschrift: _____ Dr. Reiss Dr. Hirsch Dr. Jovnerovski Dr. Kromczynski/Dr. Glück _____Telefon: _____ Dr. Velhorn/Dr. Jagusch _____**Bisheriger Zahnarzt:****Weiterbehandlung geklärt?**

Name d. Arztes/Praxis: _____

 ja nein

Anschrift: _____

Ist die Behandlung durch einen ortsansässigen Zahnarzt gewünscht?

Telefon: _____

 ja und Name des Zahnarztes: _____**Von wem werden die Heimkosten getragen?** Heimbewohner Angehörige(r) Name: _____ Sozialhilfe

Sozialhilfeantrag gestellt bei: _____

Sozialhilfeantrag wird noch gestellt: ja nein**Ist eine amtlich/richterlich angeordnete Betreuung vorhanden?** ja, seit _____ Amtsgericht: _____ nein

Name/Adresse: _____

Private Vollmacht/en: ja nein

Name/Adresse: _____

Patientenverfügung vorhanden? ja nein**Sonstiges:**

Bestattungsinstitut: _____

Gewünschte/geplante Ruhestätte: _____

Ort, Datum_____
Unterschrift des Antragstellers/Betreuers