

Anmeldung **PFLEGEZENTRUM**

Nachname:

Vorname:

Geburtsname:

Wohnung

PLZ, Wohnort/ Gemeinde:

Straße und Nr.:

derzeitiger Aufenthalt

PLZ, Wohnort/ Gemeinde:

Straße und Nr.:

Geburtsort:

Geburtsdatum:

Familienstand:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

Anzahl Kinder:

1. Angehörige (Wenn keine Angehörigen vorhanden sind, bitte Vertrauensperson angeben)

Vor- und Nachname:

Verwandschaftsgrad:

Tel.:

PLZ, Wohnort/ Gemeinde:

Straße und Nr.:

2. Angehörige (Wenn keine Angehörigen vorhanden sind, bitte Vertrauensperson angeben)

Vor- und Nachname:

Verwandschaftsgrad:

Tel.:

PLZ, Wohnort/ Gemeinde:

Straße und Nr.:

PFLEGEZENTRUM RÖVERSHAGEN

Birkenstrat 29
18182 Rövershagen

Anmeldung
Frau Silvia Noß

(T) 038202 45780
(F) 038202 457829

pflegezentrum@aufdertenne.de



www.aufdertenne.de

Das Pflegezentrum Rövershagen
wird betrieben vom:



Verein "Auf der Tenne" e. V.
Pankelower Weg 13a
18196 Dummerstorf

(T) 038208 6063-4
(F) 038208 6063-5

info@aufdertenne.de

3. Angehörige (Wenn keine Angehörigen vorhanden sind, bitte Vertrauensperson angeben)

Vor- und Nachname:

Verwandschaftsgrad:

Tel.:

PLZ, Wohnort/ Gemeinde:

Straße und Nr.:

Bevollmächtigter:

Betreuer:

Krankenkasse:

KK Versicherungs-Nr.:

Zuzahlungsbefreit:

Ja

Nein

Pflegegrad:

1

2

3

4

5

Hausarzt

Name, Nachname:

PLZ, Wohnort/ Gemeinde:

Straße und Nr.:

Telefon:

mtl. Einkommen:

Kostenträger:

Zuzahlung aus Barvermögen

Rentenkasse

Sozialamt

Aufnahmewunsch:

Anmeldung:

vorsorglich

dringend

Ort, Datum:

**Unterschrift des
Antragstellers**

(Wenn keine Personengleichheit, auch Unterschrift des zukünftigen Bewohners)

**Unterschrift des zukünftigen
Bewohners**

Ärztlicher Fragebogen

Nachname:

Vorname:

Geburtsname:

Geburtsdatum:

Ist der Patient gehfähig? Ja Nein

Treppensteigen möglich? Ja Nein

Ist der Patient bettlägerig? Ja Nein

Liegt eine Inkontinenz vor? Nein Komplette Inkomplette

Stuhlinkontinenz? Nein Komplette Inkomplette

Urininkontinenz? Nein Komplette Inkomplette

Hilfebedarf vorhanden?

kommunizieren	beim Bewegen
Sozialbereiche sichern	beim Essen/Trinken
Toilettengang	beim Kleiden
ruhen/ schlafen	beim Beschäftigen
Sicherheitssorge	beim Waschen

Patient ist orientiert zu Zeit Raum Person
Situation

Patient ist desorientiert zu Zeit Raum Person
Situation

Patient ist teilweise desorientiert zu Zeit Raum Person
Situation

Gefährliche Eigenschaften? Nein Ja

wenn ja, welche:

liegen Suchtkrankheiten vor: Nein Ja

Wenn ja, welche?

Liegen körperliche Behinderungen vor?

Liegen geistig/ seelische Behinderungen vor?

PFLEGEZENTRUM RÖVERSHAGEN

Birkenstrat 29
18182 Rövershagen

Anmeldung
Frau Silvia Noß

(T) 038202 45780
(F) 038202 457829

pflegezentrum@aufdertenne.de



www.aufdertenne.de

Das Pflegezentrum Rövershagen wird betrieben vom:



Verein "Auf der Tenne" e. V.
Pankelower Weg 13a
18196 Dummerstorf

(T) 038208 6063-4
(F) 038208 6063-5

info@aufdertenne.de

Diagnosen:

Demenz vorhanden? Ja Nein

**Ist der Patient frei von
Infektionskrankheiten
(MRSA/TBC/Colibakt./usw.)?** Ja Nein

Wenn nein, welche?

Ist der Patient gefährdet, wenn ja, in welchen Bereichen?	Dekubitus	Pneumonie
	Thrombose	Sturz
	Kontraktur	Soor / Parotitis
	Obstipation	Cystitis
	Intertrigo	

**Hinweise und Bemerkungen
des Arztes:**

Kostform:

Ort, Datum:

**Unterschrift und Stempel des
Arztes:**