

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

pflgezentrum@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:

Aufnahmevoraussetzung: Covidimpfschutz

Datum 1. Impfung:

Datum 2. Impfung:

Datum 3. Impfung:

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, Unruhezustände? Nein Ja zeitweise
Tag Nacht

wenn ja, welche:

Liegen Suchtkrankheiten vor: Nein Ja

Wenn ja, welche?

Liegen körperliche/ geistl./ seel. 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

Kostform:

Ist der Patient frei von Infektionskrankheiten? Ja Nein
(MRSA/Colibakt./ Covid 19 usw.)

Wenn nein, welche?

Ist der Patient gefährdet, wenn ja, in welchen Bereichen?

Dekubitus	Pneumonie
Thrombose	Sturz
Kontraktur	Soor / Parotitis
Obstipation	Zystitis
Intertrigo	

Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

Besonderheiten: (Allergien/ Unverträglichkeiten)

Impfstatus vorhanden: Tetanus Ja Wann?

Impfstatus vorhanden: Pneumokokken Ja Wann?

Impfstatus vorhanden: Influenza Ja Wann?

Impfstatus vorhanden: Covid 19 Ja Wann?

Größe/ Gewicht

Ort, Datum:

Unterschrift und Stempel des Arztes: