

**Aufnahmeantrag**

Vollstationär und/oder Kurzzeitpflege

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_

Impfstatus Covid:  doppelt geimpft  Ausstehender Impftermin: \_\_\_\_\_

ungeimpft

Pflegebedürftigkeit MDK zuerkannt:

Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Noch nicht beantragt:  ja \_\_\_\_\_

Beantragt am: \_\_\_\_\_

**Angehörige**

1. Name: \_\_\_\_\_

Familienverhältnis/ Beziehung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/E-Mail: \_\_\_\_\_

2. Name: \_\_\_\_\_

Familienverhältnis/ Beziehung: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/Email: \_\_\_\_\_

**Betreuung**     nein     ja

Name: \_\_\_\_\_

Wirkungsgrad der Betreuung: \_\_\_\_\_

**Vorsorgevollmacht**    nein  ja

Name: \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung**    nein  ja

**Rechnungsempfänger**

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon/ E-Mail: \_\_\_\_\_

**Hausarzt:** Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Neurologe:** Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**weitere Ärzte:** Name: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

**Sie wurden darauf aufmerksam gemacht, bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag zu stellen.**

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

## Wie sind Sie auf unser Haus aufmerksam geworden?

1. Ambulante Dienste    2. Krankenhaus/ Sozialstation    3. Ärzte
4. Empfehlung von Bekannten, Nachbarn, etc.
6. bereits früher Kurzzeitpflegegast    7. Sonstige: \_\_\_\_\_

## Für Kurzzeitpflegegäste:

Haben Sie in diesem Jahr bereits die Leistungen einer Kurzzeitpflege in Anspruch genommen?

\_\_\_\_\_

Wenn ja, wie viele Tage? \_\_\_\_\_

Liegt eine Beihilfeberechtigung vor? \_\_\_\_\_

Besteht ein Anspruch auf Leistungen der Kriegsofopferfürsorge? \_\_\_\_\_

Informieren Sie Ihre Pflegekasse und legen Sie uns bitte den Bewilligungsbescheid vor, damit wir mit der Kasse abrechnen können. Informieren Sie uns bitte bei rückwirkenden Einstufungen oder Änderungen der angegebenen Pflegestufe.

**Als Kurzzeitpflegegast bringen Sie bitte spätestens am Aufnahmetag € 250,- als Anzahlung mit.** Die Anzahlung wird bei Rechnungsstellung mit dem Eigenanteil verrechnet.

**Gewünschte Unterbringung:** Einzelzimmer: \_\_\_\_\_

Gewünschter Termin: \_\_\_\_\_

Ärztliche Bescheinigung über stationäre Betreuungsbedürftigkeit liegt vor und bei der Pflegekasse ist der Antrag auf stationäre Pflegeleistungen gestellt?

ja     nein: \_\_\_\_\_

Inkontinenzbescheinigung:    ja     nein

Rezeptgebührenbefreiung:    ja     nein

Kostenträger: Selbstzahler    ja     nein

## Matthias Pullem Haus, Köln-Sürth



Wird Unterstützung durch Sozialhilfe bezogen oder beantragt, bei welchem Sozialamt (letzter gemeldeter Wohnort)?

---

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Aufnahme für das

**Matthias Pullem Haus**  
Grüner Weg 23, 50999 Köln  
Tel.: 02236-96210-10 Fax: 02236-96210-13

<b>1. Vor- und Zuname</b>													
<b>Geburtsdatum</b>													
<b>2. Benötigt der/die Aufzunehmende/r Hilfe beim?</b>													
Gehen	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	Frisieren	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd				
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Zu Bett gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>3. Ist die/der Aufzunehmende/r desorientiert?</b>													
Persönlich	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	4. Treten Nachts Unruhezu- stände auf?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd				
Zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
örtliche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
situativ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<b>5. Liegt Inkontinenz vor?</b>													
Harninkontinenz	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd	6. Liegt Bettlägerig- keit vor?	Nein	Gelegentlich	Häufig	Dauernd				
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
<b>7. Wie ist der Ernährungszustand?</b>													
<b>8. Ist Diät / Schonkost / Aufbaukost erforderlich? Wenn ja, welche?</b>													
<b>9. Ist eine Anordnung der täglichen Flüssigkeitszufuhr erforderlich? Wenn ja, welche Mengen / Maßnahmen sind zu berücksichtigen?</b>													

10. Gibt es Beeinträchtigungen bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme, wie Schluckstörungen, Nahrungsverweigerung, Bewusstseinsbeeinträchtigung?				
11. Wie ist die Gemütsstimmung?				
12. Besteht eine Suchtkrankheit?				
13. Besteht körperliche Behinderung?				
14. Liegen psychische Störungen vor?				
16. Diagnosen				
17. Welche Medikamente müssen verabreicht werden?	morgens	mittags	abends	nachts
18. Bestehen ansteckende Krankheiten, wie TBC?				
Covid-19 Impfung	Ja <input type="checkbox"/> wann Impfung I Impfung III Impfung II Impfung V Impfung III			
	Nein <input type="checkbox"/>			
19. Hinweise / Bemerkungen				

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.	Ort	Stempel und Unterschrift des Arztes
	Datum	