



Blank-Gruppe
Haus St. Martinus
... hier bin ich richtig!

Anmeldemappe



Bitte ausgefüllt vor Einzug an die Einrichtung zurückgeben.

Haus St. Martinus

• Auf der Winsche 1 • 37434 Bilshausen

Tel. 05528/2059-0 • Fax 05528/2059-3444

www.blank-gruppe.de • info@blank-gruppe.de

Inhaltsverzeichnis

1	Anmeldeformular.....	3
1.1	Persönliche Daten des Gastes / Bewohners	3
1.2	Daten des Rechnungsempfängers	3
1.3	Daten des Betreuers/Bevollmächtigten und der Angehörigen	4
1.4	Daten zu Ihrer Kranken- & Pflegeversicherung	5
1.5	Daten zu sonstigen Kostenträgern.....	5
1.6	Einwilligung für die Krankenkasse, Pflegekasse, Berufsgenossenschaften und eventuelle Sozialhilfeträger	6
1.7	Einwilligung zur Veröffentlichung von Fotos bzw. Bild- und Tonmaterial.....	6
1.8	Post	7
1.9	Medizinische Versorgung.....	7
1.10	Fußpflege	8
1.11	Elektrogeräte	8
1.12	Einwilligung Rezepte und Verordnungen	9
1.13	Einwilligung Ärzte	9
1.14	Regelung bei Versterben des Bewohners in unserem Haus.....	10
2	Sonstiges	11
3	Anlagen	12
3.1	SEPA Mandat.....	12
3.2	Ausführlicher Biografiebogen	13
3.3	Ärztliche Bescheinigung gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz.....	20
3.4	Ärztlicher Fragebogen.....	21



1 Anmeldeformular

zur

Kurzzeit- / Verhinderungspflege

Vollstationäre Dauerpflege

Gewünschter Einzugstermin: _____

1.1 Persönliche Daten des Gastes / Bewohners

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: _____

Konfession: _____

Straße (vor Einzug): _____

PLZ, Ort (vor Einzug): _____

Telefon: _____

Mobil: _____

Aktueller Aufenthaltsort: _____

1.2 Daten des Rechnungsempfängers

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Zahlung: per Überweisung per Bankeinzug

(SEPA-Lastschriftmandat anbei)



1.3 Daten des Betreuers/Bevollmächtigten und der Angehörigen

Betreuer/Bevollmächtigter

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Mobil: _____ Email: _____

(Bitte reichen Sie uns eine Kopie Ihres Betreuerausweises bzw. der Bevollmächtigung ein)

Angehörige/r:

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Mobil: _____ Email: _____

Verwandtschaftsgrad/Beziehung: _____

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Mobil: _____ Email: _____

Verwandtschaftsgrad/Beziehung: _____

Name, Vorname: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Mobil: _____ Email: _____

Verwandtschaftsgrad/Beziehung: _____

1.4 Daten zu Ihrer Kranken- & Pflegeversicherung

Name Ihrer Krankenkasse: _____

Versicherten-Nr.: _____

Haben Sie bereits einen Pflegegrad (1 – 5)?

Ja, welchen? _____ Nein

Ist eine Einstufung bzw. Höherstufung beantragt? Ja Nein

Haben Sie bereits einen Antrag auf Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege oder vollstationäre Dauerpflege gestellt? Ja Nein

(Hinweis: Sollten Sie noch keinen Antrag bei Ihrer Pflegekasse gestellt haben, bitten wir Sie dies unverzüglich vor Heimeinzug zu erledigen.)

1.5 Daten zu sonstigen Kostenträgern

Sozialhilfeträger

Haben Sie einen Antrag auf Leistungen eines Sozialhilfeträgers gestellt?

Ja Nein

Träger: _____

Ort: _____

Aktenzeichen: _____

Sollte die Finanzierung nicht sichergestellt sein, bitten wir Sie das beiliegende Formular zur vorsorglichen Bekanntgabe einer Sozialhilfebedürftigkeit auszufüllen. Der Sozialhilfeträger leistet erst ab dem Datum der Bekanntgabe.

Beihilfestelle

Name: _____ Ort: _____ Zeichen: _____

Berufsgenossenschaft

Name: _____ Ort: _____ Zeichen: _____



1.6 Einwilligung für die Krankenkasse, Pflegekasse, Berufsgenossenschaften und eventuelle Sozialhilfeträger

Ich _____, geboren am _____, willige ausdrücklich ein, dass die Krankenkassen, Pflegekassen, Berufsgenossenschaften und eventuelle Sozialhilfeträger Auskünfte über abrechnungsrelevante Daten an die Pflegeeinrichtung der Blank-Gruppe per Telefon, Fax, E-Mail oder Post übermitteln dürfen.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Meinen Widerruf kann ich per Brief, Fax oder E-Mail erklären.

Ort, Datum

Unterschrift (Bewohner bzw. Bevollmächtigter)

1.7 Einwilligung zur Veröffentlichung von Fotos bzw. Bild- und Tonmaterial

Ich _____, geboren am _____, willige ausdrücklich ein, dass die Fotos bzw. Bild- & Tonmaterial (z.B. von der Weihnachtsfeiern, Sommerfest, Jubiläum usw.) zur Veröffentlichung auf der Internetseite oder in der Unternehmensbroschüre der Blank-Gruppe veröffentlicht werden dürfen. Wir weisen darauf hin, dass das Material bei der Veröffentlichung im Internet weltweit abrufbar ist. Eine Weiterverwendung dieses Materials durch Dritte kann daher nicht generell ausgeschlossen werden.

Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Meinen Widerruf kann ich per Brief, Fax oder E-Mail erklären.

Ort, Datum

Unterschrift (Bewohner bzw. Bevollmächtigter)

1.8 Post

Ihre Post wird, nachdem diese in unser Haus gebracht wurde, mit dem Eingangsdatum versehen und Ihrem Wünschen entsprechend zugeteilt bzw. hinterlegt.

Zimmer Station bzw. Rezeption/Zentrale, abgeholt durch _____

kostenpflichtig Nachsenden an:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Falls Ihre Post von einem Ihrer Angehörigen oder einem Betreuer im Stationszimmer bzw. an der Rezeption/Zentrale abgeholt werden soll, fragen Sie bitte unser Personal ob für Ihren Angehörigen Post deponiert ist.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass Post die innerhalb eines Zeitraumes von 14 Tagen nicht abgeholt wurde, kostenpflichtig nachgesendet wird.

1.9 Medizinische Versorgung

Hausarzt: _____

Fachärzte: _____

Medikamentenbeschaffung / Apotheke

durch die Pflegeeinrichtung * selbständig beschafft

durch Angehörige /Name: _____

Apothekenauswahl durch Heim Eigene Apotheke _____

* Für den marktgünstigsten Preis kann die Einrichtung nicht garantieren. Individuelle Wünsche sprechen Sie bitte mit unserer Heim- oder Pflegedienstleitung ab.

Besteht eine Inkontinenz Ja Nein

Eine ärztliche Verordnung für Inkontinenzmaterial liegt vor Ja Nein

Sonstige Hinweise und Bemerkungen: _____

Hinweis: Vor Heimeinzug ist ein ärztliches Zeugnis gem. Infektionsschutzgesetz abzugeben. Dies ist kraft Gesetzes zwingend erforderlich.

Dazu dient das Formular – Anlage 3.4 Ärztliche Bescheinigung gemäß §36 Abs.4 Infektionsschutzgesetz – Ihrem Hausarzt als Ausfüllhilfe. Bitte lassen Sie dieses Formular rechtzeitig vor Heimeinzug von Ihrem Hausarzt ausfüllen.

Entstehende Kosten trägt der Heimbewohner bzw. der Betreuer/Bevollmächtigte.

1.10 Fußpflege

Wie wünschen Sie, dass bei Ihnen die Fußpflege durchgeführt wird

- Normale Fußpflege durch Pflegepersonal
- medizinische Fußpflege durch zertifiziertes Fachpersonal der hauseigenen Physiotherapie- & Podologiepraxis Haus St. Georg (wird separat berechnet)
- kosmetische oder medizinische Fußpflege durch _____
(Externer Anbieter)

1.11 Elektrogeräte

Elektrische Geräte müssen gemäß BGV A3/DGUV Vorschrift 3 regelmäßig geprüft werden. Unsere hauseigenen Geräte werden regelmäßig geprüft. Bei selbst mitgebrachten elektrischen Geräten, bitten wir Sie, diese durch eine Fachfirma überprüfen zu lassen. Sollte dies nicht möglich sein, werden wir diese Prüfung auf Ihre Kosten durchführen lassen. Vielen Dank für Ihr Verständnis.

1.12 Einwilligung Rezepte und Verordnungen

Ich _____, geboren am _____, willige ausdrücklich ein, dass die Mitarbeiter der Blank-Gruppe auf mich ausgestellte Rezepte und Verordnungen zur weiteren Verwendung sowie zur Weitergabe, auch per Post, E-Mail oder Fax, an andere Dienstleister (z.B. Apotheken, Sanitätshäuser usw.) übergeben werden können. Mir ist bekannt, dass ich meine Einwilligung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Meinen Widerruf kann ich per Brief, Fax oder E-Mail erklären.

Ort, Datum

Unterschrift (Bewohner bzw. Bevollmächtigter)

1.13 Einwilligung Ärzte

Ich _____, geboren am _____, willige ausdrücklich ein, dass die von der ärztlichen Schweigepflicht betreffende Weitergabe von Arztberichten, Befunden, Diagnosen, Therapien, Medikamentenpläne und sonstigen Auskünften für die pflegerischen Maßnahmen an die Pflegeeinrichtung der Blank-Gruppe per Telefon, Fax, E-Mail oder Post übermittelt werden dürfen.

Diese Erklärung über die Entbindung der ärztlichen Schweigepflicht kann jederzeit von mir widerrufen werden.

Ort, Datum

Unterschrift (Bewohner bzw. Bevollmächtigter)



1.14 Regelung bei Versterben des Bewohners in unserem Haus

Beim Versterben des Bewohners ist der Bevollmächtigte verpflichtet unverzüglich einen Bestatter zu beauftragen. Sollte der Bevollmächtigte nicht erreichbar sein, darf die Einrichtung auf Namen und Rechnung des Bevollmächtigten, den nachfolgenden Bestatter beauftragen.

Ihre Wahl des Bestattungsinstitutes:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Mobil: _____ Email: _____

Hinweis: Wird kein Bestattungsinstitut beauftragt, muss die Bestattung von Amtswegen erfolgen.

Bestattungsart:

Feuerbestattung Erdbestattung sonstiges _____

Nachlassregelung

Der gesamte Nachlass soll an folgende Person ausgehändigt werden:

Name: _____

Straße: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

Bemerkung: _____

2 Sonstiges

Besitzen Sie einen

Personalausweis Ja, gültig bis _____ Nein

Behindertenausweis Ja, gültig bis _____ Nein

Gebührenbefreiung liegen vor für:

Krankentransport Ja, gültig bis _____ Nein

Rezeptgebühren Ja, gültig bis _____ Nein

Ich/Wir haben die Anmeldemappe sorgfältig gelesen und entsprechend ausgefüllt.

Ort/Datum

Unterschrift Bewohner/Betreuer/Bevollmächtigter

3 Anlagen

3.1 SEPA Mandat

Haus St. Martinus GmbH
Auf der Winsche 1
37434 Bilshausen

Mandat für das SEPA-Basislastschriftverfahren

Zahlungsempfänger: Haus St. Martinus GmbH, Auf der Winsche 1, 37434 Bilshausen
Gläubiger-Identifikationsnummer: DE06ZZZ00000549075
Mandatsreferenz: wird separat mitgeteilt

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige / Wir ermächtigen die Haus St. Martinus GmbH, Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein / unser Kreditinstitut an, die von der Haus St. Martinus GmbH auf mein / unser Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann / Wir können innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem / unserem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen.

Kunde/Bewohner (Vor- u. Zuname): _____
(wenn abweichend vom Kontoinhaber)

Kontoinhaber (Vor- u. Zuname): _____

Straße und Hausnummer: _____

Postleitzahl und Ort: _____

Kreditinstitut (Name): _____

Kreditinstitut (BIC): _____ | _____

IBAN: DE ____ | ____ | ____ | ____ | ____ | ____

Datum, Ort: _____ , _____

Unterschrift: _____

Haus St. Martinus GmbH
- Altenheim / Pflegeheim -
• Krankenpflege • Rehabilitation
• Kurzzeitpflege • Urlaubswohnen
Auf der Winsche 1 • 37434 Bilshausen
Tel. (05528) 2059-0 • Fax (05528) 2059-3444
GF: Sonja Zwingmann & Nicola Blank
Registergericht Göttingen HRB 3970
Steuernummer: 35/220/03146
Betriebsnummer: 23199774
Institutionskennzeichen: 510.314.704
Bankverbindungen:
Volksbank Mitte eG
IBAN DE91 2606 1291 0005 0609 50
BIC GENODEF1DUD
DKB Deutsche Kreditbank
IBAN DE59 1203 0000 1020 4298 56
BIC BYLADEM1001
info.martinus@haus-st-georg.de
www.haus-st-martinus.de



3.2 Ausführlicher Biografiebogen

Bewohner: _____

Umfeld/Elternhaus/Erziehung/Prägung:

Eltern: _____

Beruf des Vaters: _____

Beruf/Aufgabenfeld(er) der Mutter: _____

In welcher Reihenfolge sind die Geschwister geboren? _____

Welche Beziehungen zu den Großeltern sind bekannt? _____

Wie kann man sich das Elternhaus vorstellen? (Gebäude, Gerüche, Farben, Umgebung, Landschaft, wie viele Personen lebten dort?)

Gab es Tiere/Haustiere am oder im Elternhaus? _____

Welche Lebensmittel wurden im Elternhaus selbst hergestellt? _____

Welche Arbeiten mussten von den Kindern übernommen werden? _____

Welche Traditionen wurden in der Familie gepflegt? _____

Welche Benimmregeln waren vorherrschend? _____

Wie wurde für Erfolge in der Schule oder im Haushalt belohnt? _____

Welche Sprichwörter wurden gern benutzt? (Themen z.B. Arbeit, Fleiß, Armut, Kleidung, Aussehen, Wahrheit/Lüge, Ordnung, Trinken, Essen, Kinder....)

Welche Geschichten und Anekdoten wurden gern erzählt? _____

Kindheit

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Gibt es Geschichten zur Geburt/ Taufe? _____

Besondere Persönlichkeitseigenschaften? _____

Gab es Spitznamen? _____

Begabungen: theoretisch praktisch sozial, pädagogisch

Vorlieben als Kind:

Getränke Essen, Naschereien Gerüche/Düfte Musik, Gesang

-was wurde gesammelt und getauscht? _____

-gab es eine Puppe oder ein Kuscheltier? _____

-Sonstiges? _____

Pflichten: -Schule/Schulbildung: _____

-Im Elternhaus: _____

Freiheiten: -Was war erlaubt? _____

-Was tat er/sie besonders gern? _____

Verlusterfahrungen: _____

Hobbys/Engagement: _____

Sonstiges: _____

Jugend

Berufswahl: -konnte der Beruf frei gewählt werden? _____

-wie waren die wirtschaftlichen Verhältnisse? _____

Pflichten: -schulisch: _____

-gegenüber Geschwistern: _____

Freiheiten: - Wofür schwärmte er/sie? _____

-wer war sein/ihr Idol? _____

Soziale Umgebung:

-war er/sie in einem Verein? _____

-war er/sie kirchlich engagiert? _____

-hatte er/sie Kontakt zu Verwandten, Freunden, Nachbarn? _____

Hobbys: _____

Wie erlebte er/sie das Thema „Liebe“? _____

Auf welchem religiösen oder pädagogischen Hintergrund konnte er/sie sich in der Kinder- und Jugendzeit mit dem Thema „Liebe, Erotik, Sexualität“ auseinandersetzen? Wie konnte er/sie sich darüber informieren?

Wann wurde das Elternhaus verlassen? _____

Sonstiges: _____

Erwachsenenalter

Welche Tätigkeit/en übte er/sie als Erwachsener aus? _____

Wann und wen heiratete er/sie? (Beschreibung des Menschentyps, aus welcher Lebenswelt kommt er?) _____

Welche Kosenamen wurden gern benutzt? _____

Hat er/sie Kinder? (Namen, Alter, Berufe...) _____

Wie ist das Verhältnis zu den einzelnen Kindern? _____

Wie gestaltete sich die Beziehung zu Freunden, Verwandten, Nachbarn? _____

Wie sahen ihre/seine finanziellen Verhältnisse aus? _____

Wie stand es um ihre/seine Gesundheit? _____

Wie wurde Freizeit gestaltet? _____

Wann und wohin wurden Reisen unternommen? _____

Worauf legte er/sie besonderen Wert? _____

Was war ihm/ihr heilig? _____

An was oder wen glaubte er/sie? _____

Wovor hatte er/sie Angst? _____

Sonstiges: _____



Alter

Konnte er/sie mit dem Ehepartner auch im Alter noch gemeinsam selbständig leben?

Wie stand es um die persönliche Gesundheit? _____

Wie stand es um die Gesundheit des Ehe- oder Lebenspartners? _____

Wurde die Pflege des Ehepartners übernommen? _____

Wie war die finanzielle Situation im Alter? _____

Welche Erbstücke sind von besonderer Bedeutung? _____

Wann wurde sie/er Witwe/r? _____

Wie sah die soziale Umgebung aus? (Kontakte zu Nachbarn, Verwandten, Freunden?

Möglichkeiten, Hilfe zu bekommen) _____

Konnte sie/er in einer altersangemessenen Wohnung leben? _____

Konnte sie/er in einem Gefühl der Sicherheit leben? _____

Gibt/gab es Menschen, die ihr/ihm Geborgenheit, Wohlbefinden, Liebe schenken/schenkten?

Um welche Uhrzeit ging sie/er zu Bett und stand wieder auf? _____

Was gab ihrem/seinem Leben im Alter Zufriedenheit, was machte sie/ihn glücklich? _____

Wie geht sie/er mit dem Gedanken an Krankheit, Leid und Tod um? _____

Wovor hat/te sie/er Angst? _____

Wann wurden die Mahlzeiten eingenommen? _____

Sonstiges: _____

Zeitgeschichte

(Informationen zu politischen Ereignissen, Kriegszeiten und Notzeiten)

Vorlieben:

Essen: _____

Trinken: _____

Musik/Gesang: _____

Interessen/Hobbys: _____

3.3 Ärztliche Bescheinigung gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz

Haus St. Martinus GmbH
Auf der Winsche 1
37434 Bilshausen

Auszug aus dem Infektionsschutzgesetz

§ 36 Abs. 4

Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 bis 5 des Heimgesetzes oder in eine Gemeinschaftsunterkunft für Obdachlose, Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.

Betrifft: Patient/Patientin

Herr/Frau _____ geb.am _____

Vorname Name

Anhaltspunkte für eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose liegen bei der / dem
o. g. Patientin / Patienten nicht vor.

Ort, Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Hinweis: Bitte vor Heimeinzug von Ihrem Hausarzt ausfüllen lassen!



3.4 Ärztlicher Fragebogen

Anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Haus St. Martinus GmbH

Auf der Winsche 1

37434 Bilshausen

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben. Danke!

1. Zuname, Vorname _____
2. geboren am _____
3. Ist der Patient gehfähig? ja nein
4. Ist Treppensteigen möglich? ja nein
5. Ist der Patient häufig bettlägerig? ja nein
6. Ist der Patient ständig bettlägerig? ja nein
7. Beherrschung des Stuhlabgangs? ja nein
8. Beherrschung des Urinabgangs? ja nein
9. Fremder Hilfe bedürftig?
10. Örtlich orientiert? ja nein nicht immer
11. Zeitlich orientiert? ja nein nicht immer
12. Nachts unruhig? ja nein nicht immer
13. Gemütsstimmung? willig freundlich verdrießlich
14. Gefährliche Eigenschaften? nein ja, welche? _____
15. Suchtkrankheiten? nein ja, welche? _____
16. Allergien? nein ja, welche? _____



Ärztlicher Fragebogen - Fortsetzung

Blatt 2

17. Körperliche Behinderung(en) – Art:

18. Geistig-seelische Behinderung oder Störung – Art:

19. Diagnose(n):

20. Medikation:

21. Hinweise und Bemerkungen des Arztes:

22. Grund für die Heimunterbringung:

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes