

Bitte ankreuzen für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

| | | |
|--|--|--|
|  Quellenhof <small>...ein Zuhause für Senioren</small> |  Malscher Hof <small>...ein Zuhause für Senioren</small> |  Kronauer Hof <small>...ein Zuhause für Senioren</small> |
| Quellenhof Seniorenpflege GmbH&Co.KG Östringer Str. 40 76669 Bad Schönborn Tel.:07253 / 95 41 55 Fax: 07253 / 95 41 57 | Malscher Hof Seniorenpflege GmbH Söhler Str. 2 69254 Malsch Tel.:07253/9892878 Fax: 07253/9892879 | Kronauer Hof GmbH Seniorenpflege Schubertstr. 2-4 76709 Kronau Tel.:07253/9758030 Fax: 07253/ 9758031 |

Liebe Kunden, Kundinnen, Angehörige und Betreuer,

um Ihnen unnötige Arbeit, Gedanken und Wege zu ersparen, möchten wir Ihnen vorab eine Hilfe in Form einer Checkliste anbieten, welche aufzeigt, was **vor** Einzug in unseren Einrichtungen zu beachten und zu regeln ist.

Bei Fragen und Unklarheiten scheuen Sie sich bitte nicht, auf uns zuzukommen.
Gerne stehen wir Ihnen mit Rat und Tat zur Verfügung.

Unsere Ansprechpartner für Sie:

| <u>Quellenhof</u> | <u>Malscher Hof</u> | <u>Kronauer Hof</u> |
|--|--|--|
| Herr Berntzen, Herr Bletscher, Frau Heilig, Frau Zocher-Eisfeld, Frau Mächtel | Frau Bletscher , Frau Derfurt Frau Müller, Frau Griebel | Herr Bletscher, Herr Berntzen, Frau Krempel, Frau Mächtel, Frau Zocher-Eisfeld |
| Montag – Donnerstag 08.30 Uhr – 15.30 Uhr , Freitag 08.30 Uhr – 13.30 Uhr und nach Vereinbarung | | |

Welche Schritte sind unbedingt zu erledigen?!

| Was? | Wo? | erledigt |
|---|--|-----------------|
| 1. Nachweis über den Wohnsitz (Kurzzeitpflege) oder Wohnsitzummeldung innerhalb von 8 Tagen (Dauerpflege) | Rathaus | |
| 2. Beglaubigter Auszug aus dem Ehe- oder Lebenspartnerschaftsregister der letzten Ehe, ggf. Nachweis über die Auflösung | Standesamt | |
| 3. Beglaubigter Auszug aus dem Geburtsregister mit Hinweisteil | Standesamt | |
| 4. Antrag bei der Pflegekasse stellen für Kurz- oder vollstationäre Pflege | Krankenkasse Abteilung Pflegekasse | |
| 5. Sorgfältiges Ausfüllen der mitgegebenen Unterlagen (Anmeldung, ärztl. Fragebogen, Biographie, Kleiderliste, Aufklärung, Einwilligung Datenschutz) | Zuhause oder in der Einrichtung | |
| 6. Vorsorgevollmacht, Betreuung, Patientenverfügung (ggf. anregen) | Zuhause, Vormundschaftsgericht | |
| 7. Entscheidung über Hausarztversorgung | Evt. mit bisherigem Hausarzt klären, ob er die Versorgung weiter übernimmt | |
| 8. Kennzeichnung der Kleider (siehe Beschreibung Firma Blache) | In der Einrichtung | |
| 9. Wer Sozialhilfe benötigt muss diese vor Einzug beantragen. Ebenso muss das Sozialamt den Heimeinzug (schriftlich) bestätigt/ bzw. akzeptiert haben. | Sozialamt | |

Bitte ankreuzen für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!



Quellenhof
...ein Zuhause für Senioren

Quellenhof Seniorenpflege GmbH&Co.KG
Östringer Str. 40 76669 Bad Schönborn
Tel.:07253 / 95 41 55 Fax: 07253 / 95 41 57



Malscher Hof
...ein Zuhause für Senioren

Malscher Hof Seniorenpflege GmbH
Söhler Str. 2 69254 Malsch
Tel.:07253/9892878 Fax: 07253/9892879



Kronauer Hof
...ein Zuhause für Senioren

Kronauer Hof GmbH Seniorenpflege
Schubertstr. 2-4 76709 Kronau
Tel.:07253/9758030 Fax: 07253/ 9758031

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

1. Vor- und Nachname:

Bisheriger Adresse:

2. Geburtsname:

3. Geburtsort:

4. Geb. Datum:

5. Konfession:

6. Staatsangehörigkeit:

7. Familienstand:

8. Ort der Eheschließung:

9. Krankenkasse/Pflegekasse:

Beihilfe berechtigt: ja nein

10. Pflegegrad: 0 1 2 3 4 5 beantragt am:

11. Betreuer / Bevollmächtigte:

Adresse:

Tel.:

12. Rechnungsempfänger:

Adresse:

Tel.:

12. Verwandte / Angehörige:

1. Name, Adresse:

Tel.:

2. Name, Adresse:

Tel.:

3. Name, Adresse:

Tel.:

13. Bisheriger Hausarzt:

Adresse:

Tel.:

14. Aufnahmetag:

Einzelzimmer

Doppelzimmer

15. Vereinbarung: Der Antragsteller haftet gesamtschuldnerisch für das Heimentgelt, soweit dieses nicht durch die Pflegekasse, das Sozialamt, Renten oder anderer Einkünfte des Heimbewohners abgedeckt ist. Der Finanzierungsnachweis bzgl. des Heimentgelts liegt der Anmeldung bei. Der Inhalt des herausgegebenen Informationsmagazins i.s.d. § 3 WBVG, ist bekannt und Bestandteil des Vertrages

16. Kostenträger: Wird Sozialhilfe beantragt:

Ja

Nein

Wer Sozialhilfe benötigt muss diese vor Heimeinzug beantragen.

Ebenso muss das Sozialamt den Heimeinzug (schriftlich) bestätigt/ bzw. akzeptiert haben. Dieses Schreiben ist vorzulegen!

Zuständiges Sozialamt:

17. Sonstiges:

TV-Nutzung

Ja

Nein

Ort und Datum

Unterschrift Antragsteller

Unterschrift Aufzunehmende(r)

Bitte ankreuzen für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

| | | |
|---|---|---|
| <input type="radio"/>  <p>Quellenhof <small>...ein Zuhause für Senioren</small></p> | <input type="radio"/>  <p>Malscher Hof <small>...ein Zuhause für Senioren</small></p> | <input type="radio"/>  <p>Kronauer Hof <small>...ein Zuhause für Senioren</small></p> |
| <p>Quellenhof Seniorenpflege GmbH&Co.KG Östringer Str. 40 76669 Bad Schönborn Tel.:07253 / 95 41 55 Fax: 07253 / 95 41 57</p> | <p>Malscher Hof Seniorenpflege GmbH Söhler Str. 2 69254 Malsch Tel.:07253/9892878 Fax: 07253/9892879</p> | <p>Kronauer Hof GmbH Seniorenpflege Schubertstr. 2-4 76709 Kronau Tel.:07253/9758030 Fax: 07253/ 9758031</p> |

Biographiebogen

| | | |
|------------------------|-------------|---------------|
| Name: | Geb. Name: | Geb. Datum: |
| Name Ehepartner: | Geb. Datum: | gestorben am: |
| Ort der Eheschließung: | Datum: | |

| | | | |
|-----------------------|-------------|--------------|------------|
| Name der Kinder: | Geb. Datum: | Enkelkinder: | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Name der Eltern: | Geb. Datum | Beruf | Gestorben? |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Name der Geschwister: | Geb. Datum | Beruf | Gestorben? |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Schulbildung/Berufsbildung/Berufsleben:

Freizeitbeschäftigung/Aktivitäten/Hobbys:

Vorlieben bei den Speisen und Getränke:

tägliche Trinkmenge: ml

Schöne/traurige Erlebnisse:



Teilnahme an folgenden Aktivitäten im Haus:



Erwachsenengebiss

Abbildung

1 für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

| | | | |
|--------------------------------|---|---|---|
| <input type="radio"/> |  Malscher Hof ...ein Zuhause für Senioren | <input type="radio"/> |  Kronauer Hof ...ein Zuhause für Senioren |
| &Co.KG önborn / 95 41 57 | Malscher Hof Seniorenpflege GmbH Söhler Str. 2 69254 Malsch Tel.:07253/9892878 Fax: 07253/9892879 | Kronauer Hof GmbH Seniorenpflege Schubertstr. 2-4 76709 Kronau Tel.:07253/9758030 Fax: 07253/ 9758031 | |

hebung

Datum: Zahnarzt Besuch sofort erforderlich
Routineuntersuchung 2x jährlich im Hause

| | |
|--|---|
| Zahnkronen <input type="radio"/> Zahnbrücken <input type="radio"/> Abgestorbene Zähne <input type="radio"/> Entzündung des Zahnfleisches <input type="radio"/> schief gewachsene Zähne <input type="radio"/> Zähneknirschen <input type="radio"/> | Teilprothesen <input type="radio"/> Vollprothesen <input type="radio"/> schlecht sitzende Prothesen <input type="radio"/> <hr/> Verletzungen sichtbar <input type="radio"/> <hr/> Mundschleimhautentzündung <input type="radio"/> <hr/> Mundtrockenheit <input type="radio"/> <hr/> Soor oder Pils Anzeichen <input type="radio"/> <hr/> Mundgeruch <input type="radio"/> <hr/> Art des Geruchs <input type="radio"/> |
|--|---|

Befunderhebung Schmerzen

Wo genau tut es weh? _____

Zeitpunkt des Schmerzes: beim Essen morgens im Laufe des Tages abends

| | |
|--|---|
| | <input type="radio"/> 10 unerträgliche Schmerzen <input type="radio"/> 9 immense Schmerzen <input type="radio"/> 8 sehr starke Schmerzen <input type="radio"/> 7 starke Schmerzen <input type="radio"/> 6 stärkere Schmerzen <input type="radio"/> 5 etwas stärkere Schmerzen <input type="radio"/> 4 mittlere Schmerzen <input type="radio"/> 3 Schmerzen werden etwas hartnäckiger, sind aber gut erträglich <input type="radio"/> 2 geringe Schmerzen <input type="radio"/> 1 sehr geringe Schmerzen <input type="radio"/> 0 keine Schmerzen |
|--|---|

Wie fühlt sich der Schmerz an? Stechend brennend dumpf bohrend pochend
 Welche anderen Bereiche im Mund, im Kopf, im Gesicht oder am übrigen Körper schmerzen noch?

Bitte ankreuzen für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

| | | |
|--|--|--|
|  Quellenhof <small>...ein Zuhause für Senioren</small> |  Malscher Hof <small>...ein Zuhause für Senioren</small> |  Kronauer Hof <small>...ein Zuhause für Senioren</small> |
| Quellenhof Seniorenpflege GmbH&Co.KG Östringer Str. 40 76669 Bad Schönborn Tel.:07253 / 95 41 55 Fax: 07253 / 95 41 57 | Malscher Hof Seniorenpflege GmbH Söhler Str. 2 69254 Malsch Tel.:07253/9892878 Fax: 07253/9892879 | Kronauer Hof GmbH Seniorenpflege Schubertstr. 2-4 76709 Kronau Tel.:07253/9758030 Fax: 07253/ 9758031 |

Ärztlicher Fragebogen

Zum Wohle Ihres Patienten und unseres zukünftigen Kunden und Bewohners bitte gründlich ausfüllen!

Vorname: _____ Zuname: _____ Geb.Datum: _____

Zur Heimaufnahme muss gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz ein ärztliches Attest vorgelegt werden!
 Liegen Anhaltspunkte bezüglich einer ansteckenden Lungentuberkulose vor? ja nein
 Weitere ansteckende Erkrankungen? Lungen TBC HIV Krätze MRSA/ORSA
 Hepatitis Typ:____ Sonstiges

Bitte Arztstempel, siehe unten!

Impfstatus / Impfpass vorhanden: Tetanus ja nein Pneumokokken ja nein
 Hepatitis B ja nein Sonstige: _____
Besonderheiten (Allergien;Unverträglichkeiten;Suchtkrankheiten):

1 Ärztliche und Pflegerische Diagnosen:

2 Schmerzen: akute Schmerzen chronische Schmerzen Wunden

Bereiche:

3 Unfälle und Stürze der letzten 2 Jahre:

4 Medizinische Versorgung und Therapien:

5 Medikamente: **Bitte Kopie der Medikamentenverordnung**

6 Sehfähigkeit: rechts normal einschränkt fast blind blind
 links normal einschränkt fast blind blind Sehhilfe ja nein

7 Hörfähigkeit: rechts normal einschränkt fast taub taub
 links normal einschränkt fast taub taub Hörgerät ja nein

| | | | |
|-------------------------|-----------------|---------------|---------------|
| 8 Orientierung: | uneingeschränkt | eingeschränkt | desorientiert |
| zur Person | | | |
| zur Zeit | | | |
| zum Ort | | | |
| zur aktuellen Situation | | | |

 Ort, Datum

 Stempel / Unterschrift des Arztes

Bitte ankreuzen für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| <input type="radio"/> |  Quellenhof <small>...ein Zuhause für Senioren</small> | <input type="radio"/> |  Malscher Hof <small>...ein Zuhause für Senioren</small> | <input type="radio"/> |  Kronauer Hof <small>...ein Zuhause für Senioren</small> |
| Quellenhof Seniorenpflege GmbH&Co.KG Östringer Str. 40 76669 Bad Schönborn Tel.:07253/954155 Fax: 07253/954157 | | Malscher Hof Seniorenpflege GmbH Söhler Str. 2 69254 Malsch Tel.:07253/9892878 Fax:07253/9892879 | | Kronauer Hof GmbH Seniorenpflege Schubertstr. 2-4 76709 Kronau Tel.:07253/9758030 Fax: 07253/ 9758031 | |

| | | |
|---------------------------------|---|---------------------|
| Gläubiger-Identifikationsnummer | <input type="radio"/> Quellenhof | DE 54ZZZ00000423566 |
| | <input type="radio"/> Malscher Hof | DE 60ZZZ00000423555 |
| | <input type="radio"/> Kronauer Hof | DE 57ZZZ00002085704 |

Mandatsreferenz _____ (entspricht Kundennummer)

SEPA-Lastschriftmandat

Ich ermächtige die oben gekennzeichnete Einrichtung, Zahlungen von meinem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Einrichtung auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Hinweis: Ich kann innerhalb von acht Wochen, beginnend mit dem Belastungsdatum, die Erstattung des belasteten Betrages verlangen. Es gelten dabei die mit meinem Kreditinstitut vereinbarten Bedingungen. Für die Vorabankündigungsfrist der Basis-Lastschriften gilt eine verkürzte Frist von 5 Kalendertagen.

Mandatsreferenz _____ (entspricht Kundennummer)

| | |
|-------------------------------------|--|
| Vorname und Name des Kontoinhabers: | |
| Straße und Hausnummer: | |
| Postleitzahl und Ort: | |
| Kreditinstitut Name und BIC: | |
| IBAN: | |
| Datum, Ort und Unterschrift: | |

Einverständniserklärung für Fahrten mit dem firmeneigenen KFZ:

.....

Ich / Wir sind damit einverstanden, dass Frau / Herr

_____ durch Mitarbeiter der oben genannten Einrichtung mit dem firmeneigenen Fahrzeug gefahren und begleitet werden.

Datum: _____ Unterschrift: _____

Information zur Fotografisch geführten Wunddokumentation

Sehr geehrte Damen und Herren,
 zur besseren Nachweisführung bei der Wundbehandlung und des Datenschutzes benötigen wir Ihr Einverständnis hierfür.

Ich/Wir sind damit einverstanden, dass Frau/Herr _____, Wunden zur Nachweisführung und Verlauf, durch Mitarbeiter der oben genannten Einrichtung, fotografiert werden dürfen.

Datum: _____ Unterschriften: _____

Bitte ankreuzen für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| <input type="radio"/> |  ...ein Zuhause für Senioren | <input type="radio"/> |  ...ein Zuhause für Senioren | <input type="radio"/> |  ...ein Zuhause für Senioren |
| Quellenhof Seniorenpflege GmbH&Co.KG Östringer Str. 40 76669 Bad Schönborn Tel.:07253/954155 Fax: 07253/954157 | | Malscher Hof Seniorenpflege GmbH Söhler Str. 2 69254 Malsch Tel.:07253/9892878 Fax:07253/9892879 | | Kronauer Hof GmbH Seniorenpflege Schubertstr. 2-4 76709 Kronau Tel.:07253/9758030 Fax: 07253/ 9758031 | |

Beratung und Aufklärung über geeignete Pflegemaßnahmen

1

Bewohner, Tagespflegegast, Angehörige und Betreuung wurden über informiert:

Dekubitusprophylaxe nach Expertenstandard

Ein Dekubitus (Wundliegen), auch Druckgeschwür (bzw. Druckulkus) oder Dekubitalgeschwür (bzw. Dekubitalulkus) genannt, ist eine Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes aufgrund eines längere Zeit einwirkenden Drucks. Die Haut- und Gewebeveränderung ist mit bloßem Auge erkennbar.

Ein einmal entstandener Dekubitus (Wundliegen) nimmt meist einen langwierigen Verlauf: Die Abheilung eines Dekubitalgeschwürs dauert häufig Monate und durchläuft dabei mehrere Phasen. Daher ist die regelmäßige Inspektion der Wunde und eine eventuelle Anpassung der Wundbehandlung für den weiteren Heilungsverlauf von großer Bedeutung. Um den Erfolg der Dekubitus-Therapie zu sichern, ist es daher ratsam, dass Betroffene und Angehörige, Pflegepersonal und Ärzte in dieser Phase eng miteinander zusammenarbeiten.

Expertenstandard Sturzprophylaxe

Unter Sturzprophylaxe versteht man die Maßnahmen zum Vorbeugen und Vermeiden von Stürzen.

Mitarbeiter/Bezugspersonen in der Pflege sollen in der Lage sein, wirksam einzugreifen, um Stürze zu vermeiden und Sturzfolgen auf ein Minimum zu reduzieren. Mit zunehmendem Alter nimmt naturgemäß die Reaktionsfähigkeit des Menschen ab, es besteht ein erhöhtes Risiko, dass ein Kunde stürzt.

Körperliche und geistige Gebrechen behindern mitunter die Eigenaktivität des Kunden, und schon der Gang zum WC oder das Verlassen des Bettes wird zur Gefahr.

Neben den möglichen Verletzungen, die sich der Kunde zuziehen kann, kommt es oftmals auch zu einer zunehmenden Angst. Es werden so zusätzliche Verunsicherung und Hilflosigkeitsgefühle auslöst. Von daher gilt es, die Mobilität durch Bewegungsübungen, Gymnastik etc. solange wie möglich zu erhalten und zu fördern. Soviel Hilfe wie nötig, jedoch so wenig Hilfe wie möglich! Risikofaktoren müssen analysiert, äußere Risikofaktoren haben beseitigt bzw. reduziert zu werden.

Expertenstandard Chronische Wunden

Lokalisation und Wundbefund sind im Wundverlaufsbericht anzugeben.

Die Wundpflege und der Verbandswechsel erfolgt auf Anordnung des Arztes.

Die Voraussetzung für eine normal verlaufende Wundheilung ist die fachgerechte Pflege einer Wunde und der damit zusammenhängende Verbandswechsel.

Expertenstandard orale Ernährung (vor allem Gewichtsabnahme, Exsikkose, Flüssigkeitsverlust, Trinkmenge)

Zielsetzung: Bei jedem Patienten/Bewohner mit pflegerischem Unterstützungsbedarf oder einem Risiko für oder Anzeichen von Mangelernährung ist die orale Nahrungsaufnahme entsprechend seinen Bedürfnissen und seinem Bedarf sichergestellt.

Begründung: Essen und Trinken beeinflussen die Lebensqualität, sind wichtige Bestandteile sozialer und kultureller Identität und dienen der Gesunderhaltung durch die Nährstoffaufnahme. Die Sicherstellung einer bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung kann durch die frühzeitige Erfassung und Bewertung ernährungsrelevanter Gesundheitsprobleme, angemessene Unterstützung und Umgebungsgestaltung, spezifische Maßnahmen sowie ein geeignetes Nahrungsangebot eine Mangelernährung verhindern und bestehenden Defiziten entgegenwirken.

Wichtig: wenn BMI unter 20 oder Gewichtsverlust/ -zunahme ab 5% in 1 – 3 Monaten, Arzt- und Bezugspersonen / Betreuer informieren!

Expertenstandard Harnkontinenz

„Unter Kontinenz versteht die Expertengruppe des Standards die Fähigkeit, willkürlich und zur passenden Zeit an einem geeigneten Ort die Blase zu entleeren. Kontinenz beinhaltet weiterhin die Fähigkeit, Bedürfnisse zu kommunizieren, um Hilfestellungen zu erhalten, wenn Einschränkungen beim selbstständigen Toilettengang bestehen.“

Harninkontinenz kann in allen Altersstufen mit steigendem Risiko im Alter auftreten. Statistisch betrachtet sind überwiegend Frauen und ältere Menschen beiderlei Geschlechts betroffen.

Die Harninkontinenz kann verschiedene Ursachen haben, zum Beispiel fortgeschrittenes Alter mit einhergehender Muskelschwäche, neurologisch durch Reizleitungsstörungen oder durch fehlende Informationsverarbeitung im Gehirn. Es

Bitte ankreuzen für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

| | | | | | |
|---|--|---|--|--|--|
| <input type="radio"/> |  ...ein Zuhause für Senioren | <input type="radio"/> |  ...ein Zuhause für Senioren | <input type="radio"/> |  ...ein Zuhause für Senioren |
| Quellenhof Seniorenpflege GmbH&Co.KG Östringer Str. 40 76669 Bad Schönborn Tel.:07253/954155 Fax: 07253/954157 | | Malscher Hof Seniorenpflege GmbH Söhler Str. 2 69254 Malsch Tel.:07253/9892878 Fax:07253/9892879 | | Kronauer Hof GmbH Seniorenpflege Schubertstr. 2-4 76709 Kronau Tel.:07253/9758030 Fax: 07253/ 9758031 | |

2

werden durch die Harninkontinenz oftmals zusätzliche Verunsicherungen und Hilflosigkeitsgefühle auslöst. Es kann sogar zunehmend zu Angstgefühlen kommen und der Kunde isoliert sich.

Von daher darf Inkontinenz nicht tabuisieren werden, um so dem Kunden die Möglichkeit zu geben, sich der Situation zu stellen, und zu lernen, damit umzugehen.

Risikofaktoren müssen analysiert und nach Möglichkeit beseitigt bzw. reduziert zu werden.

Expertenstandard Schmerzmanagement

„Schmerzen sind lebensnotwendige Alarmgeber zum Selbstschutz des Organismus“.

Obwohl Schmerz ein allgegenwärtiges Phänomen ist, entzieht er sich einfachen und eindeutigen Definitionen.

Zunächst lässt er sich – rein physiologisch – als **Sinneswahrnehmung** beschreiben; als die Wahrnehmung, dass der Körper an irgendeiner Stelle Schaden nimmt oder zu nehmen droht. Ist diese Wahrnehmung gestört (z.B. durch Lähmungen), kann aus einer kleinen Hautverletzung eine bedrohliche Entzündung werden.

Schmerz ist aber nicht nur reine Sinneswahrnehmung. Hinzu treten emotionale und bewertende Elemente, die den Schmerz z.B. als bedrohlich oder quälend, als bedeutend oder nebensächlich einordnen und den Umgang mit ihm bestimmen.

Notwendigkeit der Mobilisation

Der gesunde Mensch bewegt sich etwa alle 30 Sekunden. Mit zunehmendem Alter nimmt naturgemäß die Mobilität ab. Sie ist und bleibt jedoch ein Grundbedürfnis jedes Menschen. Eine Einschränkung in der Mobilität bedeutet oft Verlust von Selbstständigkeit und kann im Extremfall völlige Abhängigkeit bedeuten. Es ist daher Hauptziel die Selbstständigkeit zu unterstützen und zu fördern.

Mobilisation meint: "In Bewegung setzen und in Bewegung sein" und beweglich machen, um an Aktivitäten des täglichen Lebens teilnehmen zu können und Lebensaktivitäten unabhängig auszuführen. Das Ziel jeder Mobilisation ist es, unseren Kunden vor Bettlägerigkeit und Immobilität zu bewahren und seine Beweglichkeit zu erhalten, zu verbessern und zu fördern, um eine größtmögliche Beweglichkeit aller Gelenke zu erreichen. Bei den Übungen ist auf ein gesundes Verhältnis zwischen An- und Entspannung mit kleinen Pausen zu achten. Die Schmerzgrenze darf auf keinen Fall überschritten werden. Der Kunde soll, wenn er dies kann, instruiert werden, die Übungen selbstständig fortzusetzen. Auf Vitalfunktionen ist zu achten. Sicherheit ist zu gewährleisten.

Umgang mit Medizinprodukten

"Medizinprodukte sind alle einzeln oder miteinander verbunden verwendete Instrumente, Apparate, Vorrichtungen, Stoffe und Zubereitungen aus Stoffen oder andere Gegenständen, einschließlich der für ein einwandfreies Funktionieren des Medizinproduktes eingesetzten Software, die vom Hersteller zur Anwendung für Menschen mittels ihrer Funktionen zum Zwecke:

- der Erkennung, Verhütung, Überwachung, Behandlung oder Linderung von Krankheiten
- der Erkennung, Überwachung, Behandlung, Linderung oder Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen
- der Untersuchung, der Ersetzung oder der Veränderung des anatomischen Aufbaus oder eines physiologischen Vorgangs oder
- der Empfängnisregelung zu dienen bestimmt sind."

Ohne vorherige Einweisung darf ein Medizinprodukt nicht angewandt werden.

Über die notwendige Grundpflegerische Versorgung wurde ich in Bezug auf meine Krankheitsbilder aufgeklärt.

Datum: _____

Unterschrift Kunde / Bezugsperson / Betreuer

Pflegekraft

Einwilligung zur Datenverarbeitung durch unsere Einrichtung

Bitte ankreuzen für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

| | | |
|--|--|--|
|  Quellenhof <small>...ein Zuhause für Senioren</small> |  Malscher Hof <small>...ein Zuhause für Senioren</small> |  Kronauer Hof <small>...ein Zuhause für Senioren</small> |
| Quellenhof Seniorenpflege GmbH&Co.KG Östringer Str. 40 76669 Bad Schönborn Tel.:07253/954155 Fax: 07253/954157 | Malscher Hof Seniorenpflege GmbH Söhler Str. 2 69254 Malsch Tel.:07253/9892878 Fax:07253/9892879 | Kronauer Hof GmbH Seniorenpflege Schubertstr. 2-4 76709 Kronau Tel.:07253/9758030 Fax: 07253/ 9758031 |

Sehr geehrte Damen und Herren,

die pflegerische Versorgung durch unsere Einrichtung kommt nicht ohne Ihre Daten aus. Wie Sie es bereits kennen, müssen wir auch in Zukunft über Ihre allgemeinen Daten hinaus, insbesondere auch mit denjenigen Daten arbeiten, die Ihre Gesundheit betreffen. Diese Datenverarbeitung ist erforderlich, um unseren vertraglichen und gesetzlichen Pflichten nachkommen zu können und nach dem Gesetz auch weiterhin erlaubt, soweit sie z.B. für „die Versorgung oder Behandlung im Gesundheits- oder Sozialbereich“ erforderlich ist. Wir übermitteln Ihre personenbezogenen Daten nur dann an Dritte, wenn dies gesetzlich erlaubt ist oder Sie eingewilligt haben. Wir möchten Sie bitten, sich die folgende Einwilligungserklärung genau anzusehen und Ihre Zustimmung zu den dort näher beschriebenen Fällen zu erteilen. Weitere Informationen im Informationsmagazin.

Unseren Datenschutzbeauftragten erreichen Sie unter: datenschutzbeauftragter@qhsp.de

Datenschutzrechtliche Einwilligung und Schweigepflichterklärung

An Ihrer pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung sind regelmäßig auch z.B. Ärzte, Therapeuten und andere Einrichtungen beteiligt. Da unsere Mitarbeiter hinsichtlich Ihrer Daten grundsätzlich zur Verschwiegenheit verpflichtet sind, benötigen wir für eine ggf. erforderliche Übermittlung Ihrer Daten an diese Stellen Ihre Einwilligung (bitte das Zutreffende Ankreuzen). In diesem Fall werden ausschließlich die für die weitere Durchführung der Pflege bzw. medizinisch-therapeutischen Behandlung erforderlichen personenbezogenen Daten einschließlich der Informationen über Ihre Gesundheit weitergegeben.

| | |
|---|---|
| Ich willige ein, dass die oben genannte Einrichtung für den Fall | |
| <input type="checkbox"/> | der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung |
| <input type="checkbox"/> | Behandlung durch Angehörige nichtärztlicher Heilberufe (z.B. Heilpraktiker) |
| <input type="checkbox"/> | einer Einweisung in ein Krankenhaus |
| <input type="checkbox"/> | einer Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung |
| <input type="checkbox"/> | der Verordnung von Heilmitteln (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie, Podologie) |
| <input type="checkbox"/> | der Ein- und Überweisung in eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens (z.B. vollstationäre Einrichtung) |
| <input type="checkbox"/> | versorgender Pflegedienst |
| meine personenbezogenen Daten einschließlich der Informationen über meine Gesundheit an den jeweils von mir gewählten Leistungserbringer übermittelt, soweit dies zur weiteren Durchführung der Pflege bzw. medizinisch-therapeutischen Behandlung notwendig ist, und befreie die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung insoweit von ihrer Schweigepflicht. | |

Die nach den vorstehenden Ziffern erteilten Einwilligungen kann der Tagespflegegast ganz oder teilweise jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich oder schriftlich gegenüber der verantwortlichen Stelle, oben genannt, widerrufen.

(Bewohner)

(Mitunterzeichner und Funktion)