

Bitte ankreuzen, für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

 Quellenhof ...ein Zuhause für Senioren	 Malscher Hof ...ein Zuhause für Senioren	 Kronauer Hof ...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 Seniorenpflege GmbH Söhler Str. 2, 69254 Malsch Tel.: 07253 / 98 92 87 8 Fax: 07253 / 98 92 87 9	Kronauer Hof Seniorenpflege GmbH Schubertstr. 2-4, 76709 Kronau Tel.: 07253/ 97 58 03 0 Fax: 07253 / 97 58 03 1

Sehr geehrte Kundinnen und Kunden, liebe Angehörige und Betreuer,

hiermit bieten wir Ihnen eine Hilfestellung in Form einer Checkliste an. So haben Sie ein besseren Überblick, was es vor Einzug in unsere Einrichtungen zu beachten und zu regeln gilt. Bei Fragen und Unklarheiten scheuen Sie sich bitte nicht, sich an uns zu wenden. **Wir unterstützen Sie gern!**

Quellenhof	Malscher Hof	Kronauer Hof
Hr. Schermesser, Fr. Mächtel, Fr. Heilig	Fr. Händel, Fr. Derfurt, Fr. Franzke	Fr. Bletscher, Hr. Slobinski, Fr. Weber

Welche Schritte sind VOR der Heimaufnahme unbedingt zu erledigen? *	erledigt <input checked="" type="checkbox"/>
Antrag auf Kurzzeit-/Verhinderungs-/Dauerpflege bei der Kranken- bzw. Pflegekasse stellen	<input type="checkbox"/>
Sorgfältiges Ausfüllen der Anmeldeformulare unserer Einrichtung	<input type="checkbox"/>
Folgende Unterlagen werden außerdem benötigt:	
<i>Kopie Personalausweis</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Kopie Vorsorgevollmacht, Betreuerausweis und Patientenverfügung (sofern vorhanden, ggf. anregen)</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Kopie Impfausweis bzw. Covid-19-Impfnachweis</i>	<input type="checkbox"/>
Formular „Ärztlicher Fragebogen“ vom aktuellen Hausarzt/-ärztin ausfüllen lassen	<input type="checkbox"/>
Medizinische Versorgung während dem Aufenthalt mit Hausarzt abklären	<input type="checkbox"/>
Kennzeichnung/Reinigung der Kleider abklären (Kennzeichnung kostet einmalig 0,65€/Stück)	<input type="checkbox"/>
Folgende Unterlagen sollten Sie grundsätzlich zu Hause griffbereit haben:	
<i>Beglaubigter Auszug aus dem Ehe-/Lebenspartnerschaftsregister (Standesamt)</i>	<input type="checkbox"/>
<i>Beglaubigter Auszug aus dem Geburtsregister mit Hinweisteil (Standesamt)</i>	<input type="checkbox"/>
Wohnsitz innerhalb von 8 Tagen ummelden (nur bei Dauerpflege)	<input type="checkbox"/>
b.B. Sozialhilfeantrag: muss vor Einzug beim zuständigen Sozialamt beantragt werden - das Sozialamt muss den Heimeinzug zugleich (schriftlich) bestätigt haben / Nachweis über den Antrag vorlegen	<input type="checkbox"/>

***DAS SORGFÄLTIGE AUSFÜLLEN DER ANMELDEFORMULARE UND ZUSAMMENSTELLEN DER UNTERLAGEN, SOWIE DEREN RÜCKGABE AN DIE EINRICHTUNG VOR DER HEIMAUFNAHME SIND VORAUSSETZUNG FÜR DEN EINZUG!**

Bitte ankreuzen, für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!



Anmeldeformular zur Heimaufnahme

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Geburtsname:

Familienstand:

Adresse:

Geburtsort:

Konfession:

Staatsangehörigkeit:

Kranken-/Pflegekasse:

Versicherungs-Nr.:

Beihilfe berechtigt: ja nein

Pflegegrad: 0 1 2 3 4 5

Einstufung / Höherstufung

beantragt am: _____

Betreuer/in o. Bevollmächtigte/r:

Tel.:

Adresse:

Rechnungsempfänger/in:

Tel.:

Adresse:

Angehörige/r:

Beziehung:

Tel:

Adresse:

Angehörige/r:

Beziehung:

Tel.:

Adresse:

Bisheriger Hausarzt/-ärztin:

Tel.:

Adresse:

Aufnahmetag:

Dauerpflege Kurzzeitpflege bis

Zimmer-Nr.:

Einzelzimmer Doppelzimmer Komfortzimmer

Anmeldung zur: Tagespflege Nachtpflege Wochentage: Mo Di Mi Do Fr Sa So

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 WBG, ist bekannt und Bestandteil des Vertrages.

Kostenträger: Wird Sozialhilfe beantragt? ja nein *Zuständiges Sozialamt:*

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller/in

.....
Unterschrift Aufzunehmende/r

Bitte ankreuzen, für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!



Biografiebogen

Bitte füllen Sie den Biografiebogen so ausführlich wie möglich aus. Dieser erleichtert ein „Kennenlernen“ zu Beginn des Aufenthaltes, indem über vertraute und interessante Themen gesprochen werden kann. Regelmäßige Biografiearbeit ist ein wichtiger Bestandteil unserer täglichen Arbeit.

Vor- und Zuname:

Geburtsort:

Geburtstag:

Name Ehepartner/in:

Familienstand:

Ort und Datum der Eheschließung:

Verstorben am:

Namen der Kinder:

Namen der Enkel / Ur-Enkel:

Schöne Erlebnisse aus der Vergangenheit:

Traurige Erlebnisse aus der Vergangenheit:

Schulische Ausbildung & Beruflicher Werdegang:

Freizeitaktivitäten, Hobbies & Lieblingsbeschäftigungen:

Grund der Heimaufnahme:

Bevorzugte Aktivitäten in der Einrichtung:

Bisherige tägliche Trinkmenge:

Vorlieben bei Speisen und Getränken:

Weitere Besonderheiten:

Bitte ankreuzen, für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!



Vor- und Zuname:

Erhebung von Mund- und Zahnstatus

Überprüfung des Zahnstatus: Zahnarztbesuch erforderlich Routineuntersuchung (2x jährlich im Haus)

Aktueller Zahnstatus: intakt abgestorbene Zähne Zahnschiefstand Zahnfleischentzündung
 Zähneknirschen Mundgeruch Sonstiges:

Zahnersatz: Vollprothesen Teilprothesen: oben unten schlecht sitzende Prothesen

Sonstiges: sichtbare Verletzungen Mundschleimhautentzündung Mundtrockenheit Soor
 Prothese/Gebiss wird nicht toleriert Mundtrockenheit Schmerzen

Weitere Besonderheiten:

Einschätzung der aktuellen Schmerzsituation

Der Umgang mit Schmerzen ist ein wichtiger Bestandteil der täglichen pflegerischen Arbeit. Gemäß des Expertenstandards nach DNQP bitten wir Sie, für ein angemessenes Schmerzmanagement um eine erste Selbst-Einschätzung Ihrer aktuellen Schmerzsituation (alternativ Fremdeinschätzung durch Ihre Angehörigen).

1. Haben Sie aktuell Schmerzen? ja nein 2. Haben Sie **immer** Schmerzen (chronisch)? ja nein

3. Haben Sie nur **manchmal** Schmerzen (akut)? ja nein

4. Wo tut es Ihnen weh?

5. Wann tut es Ihnen weh? im Liegen im Sitzen beim Gehen

6. Wie stark tut es Ihnen weh? Bitte nutzen Sie die Skala von 1 bis 10 (wenn 1 = sehr gering – 10 = unerträglich)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

7. Wie fühlt sich der Schmerz an? stechend brennend bohrend pochend

8. Was half Ihnen bisher gegen die Schmerzen? nichts (komplizierte Schmerzsituation) Medikamente

andere:

9. Weitere Bemerkungen:

Bitte ankreuzen, für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

		
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 / 98 92 87 8 Fax: 07253 / 98 92 87 9	Kronauer Hof Seniorenpflege GmbH Schubertstr. 2-4, 76709 Kronau Tel.: 07253/ 97 58 03 0 Fax: 07253 / 97 58 03 1

Ärztlicher Fragebogen
(von Hausarzt*ärztin auszufüllen)

Vor- und Zuname des Patienten:

Geburtstag:

**Zur Heimaufnahme muss gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz
ein ärztliches Attest vorgelegt werden!**

Liegen Anhaltspunkte bezüglich einer **ansteckenden Lungentuberkulose** vor? ja nein

Weitere ansteckende Erkrankungen? HIV Skabies MRSA/ORSA Hepatitis Typ: _____
 COVID-19 Sonstiges:

Impfpass vorhanden: ja nein

Besonderheiten (Allergien, Unverträglichkeiten, Suchterkrankungen):

- Tetanus: Gripeschutz
 Hepatitis B: COVID-19
 Pneumokokken andere:

Diagnosen:

Schmerzsituation: keine akut chronisch *Beschreibung:*

Aktuelle Wunden: keine ja *Beschreibung:*

Unfälle, Stürze, operative Eingriffe der letzten 2 Jahre:

Medizinische Versorgung und Therapien:

Bitte eine Kopie der aktuellen Medikamentenverordnung an die Einrichtung leiten!

Sehvermögen *rechts:* normal einschränkt fast blind blind **Sehhilfe:** ja nein
links: normal einschränkt fast blind blind

Hörvermögen *rechts:* normal einschränkt fast taub taub **Hörgerät:** ja nein
links: normal einschränkt fast taub taub

Orientierung: uneingeschränkt / desorientiert zu: Person Situation Raum Zeit

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Ärztin/Arzt

[Stempel der Praxis]

Bitte ankreuzen, für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!



Vor- und Zuname:

Einwilligung zur Datenverarbeitung durch unsere Einrichtung

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. Nähere Informationen finden Sie im Informationsmagazin. Bei Fragen können Sie sich jederzeit an uns wenden.

Datenschutzrechtliche Einwilligung und Schweigepflichterklärung

An Ihrer pflegerischen und gesundheitlichen Versorgung sind regelmäßig 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. 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 Einrichtung für den Fall...

- der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung
- Behandlung durch Angehörige nichtärztlicher Heilberufe (z.B. Heilpraktiker)
- einer Einweisung in ein Krankenhaus
- einer Aufnahme in eine Rehabilitationseinrichtung
- der Verordnung von Heilmitteln (u.a. Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie)
- der Ein- und Überweisung in eine andere Einrichtung des Gesundheitswesens (z.B. vollstationäre Einrichtung)
- versorgender Pflegedienst

...meine personenbezogenen Daten einschließlich der Information 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 Einrichtung ganz oder teilweise jederzeit mit Wirkung für die Zukunft mündlich oder schriftlich gegenüber der verantwortlichen Stelle widerrufen werden.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragsteller

.....
Unterschrift Aufzunehmende(r)

Bitte ankreuzen, für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 
---	---	---

Vor- und Zuname:

SEPA-Lastschriftmandat

Gläubiger-Identifikationsnummern:

Quellenhof: DE 54 ZZZ 000 004 235 66
Malscher Hof: DE 60 ZZZ 000 004 235 55
Kronauer Hof: DE 57 ZZZ 000 020 857 04

Mandatsreferenz: (entspricht der Kundennummer)

Vor- und Zuname des Kontoinhabers:	
Straße und Hausnummer:	
Postleitzahl und Ort:	
Name des Kreditinstituts:	
BIC:	
IBAN:	

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

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Kontoinhaber/ Bevollmächtigte/r

Bitte ankreuzen, für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

<input type="radio"/>		<input type="radio"/>		<input type="radio"/>	
-----------------------	---	-----------------------	---	-----------------------	---

Medikamente: Erstversorgung und Zuzahlungsbefreiungen

Vor Aufnahme, nach Krankenhausaufenthalten oder Abwesenheiten, haben Sie als Bevollmächtigter Angehöriger oder gesetzlich eingesetzter Betreuer die Pflicht, mindestens für 8 Tage Rezepte oder aber Medikamente für den Aufenthalt oder Rückkehr ins Pflegeheim zu besorgen. Die Tagesgäste sind dafür verantwortlich, die benötigten Medikamente selbst mitzubringen. Für selbst besorgte Medikamente können Einrichtung und Apotheke keine Verantwortung übernehmen!

Befreiungen sind von Ihnen als bevollmächtigte(r) Angehörige(r) oder gesetzlich eingesetzte(r) Betreuer(in) an die jeweiligen Ärzte, Apotheke, Therapeuten, unsere Einrichtung und ggf. Sanitätshäuser zu übermitteln. **Für den Fall des zu späten Einreichens, oder falsches Ausfüllen durch die Ärzte, übernimmt das Heim keine Haftung.**

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Einverständniserklärung für Fahrten mit dem firmeneigenen KFZ

Ich bin damit einverstanden, dass **Frau/Herr** durch Mitarbeiter der Einrichtung mit dem firmeneigenen Fahrzeug gefahren und begleitet werden darf. Über die Kosten der Kilometerpauschale bin ich informiert (s. Preisliste).

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Information zur fotografisch geführten Wunddokumentation

Zur besseren Nachweisführung bei der Wundbehandlung und des Datenschutzes benötigen wir Ihr Einverständnis. Ich / Wir sind damit einverstanden, dass **Frau/Herr**, Wunden zur Nachweisführung und Verlauf, durch Mitarbeiter der Einrichtung und externe Experten fotografiert und übermittelt werden dürfen (z.B. an WundmanagerInnen).

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift

Bitte ankreuzen, für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 
---	---	---

Veröffentlichung von Fotos / Bildrechte

Hiermit bin ich, (Vor- und Zuname) **damit einverstanden, dass die Nutzungsrechte der entstandenen Fotos grundsätzlich bei der/dem Verantwortlichen der Einrichtung liegen.** Meine Einverständnis gilt auch über meinen Tod hinaus, z.B. für die rückblickende Berichterstattung in der jährlichen Heimzeitung, die zum Jahresende erstellt wird. Meine Einverständnis kann ich jederzeit schriftlich widerrufen.

[vgl. Allgemeines Persönlichkeitsrecht; Kunsturhebergesetz (KUG) / Gesetz betreffend das Urheberrecht an Werken der bildenden Künste und der Photographie §§ 22, 23]

Mit der Veröffentlichung von Einzelbildern bin ich:

einverstanden nicht einverstanden

Etwaige Fotos werden zum Beispiel verwendet für:

- Veröffentlichungen oder Berichte in den Gemeindenachrichten
- Informationen / Bekanntmachungen über unseren Verein „Quelle für Senioren e.V.“
- Veröffentlichung auf Social Media Kanälen
- Informationen auf unserer Website www.qhsp.de

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Aufzunehmende/r, Betreuer/in, Bevollmächtigte/e

Bitte ankreuzen, für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!

<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 	<input type="radio"/> 
---	---	---

Mitgebrachte persönliche Gegenstände und Kleidung

Vor- und Zuname:

Kennzeichnung der Wäsche: ja nein
(0,65 € pro Wäschestück)

Aufnahmetag: Zi-Nr.:

Waschen: privat Hauswäsche*

Hinweis: Bitte beachten Sie, dass die Einrichtung für nicht gekennzeichnete Wäsche **keine Garantie** übernehmen kann, falls diese unplanmäßig in die Hauswäsche geraten sollte. Wir empfehlen daher, die Wäsche auch dann kennzeichnen zu lassen, wenn Sie sie privat waschen möchten. **Bitte verzichten Sie nach Möglichkeit auf das Mitbringen von Wertgegenständen, da die Einrichtung hierfür nicht haftet** (s. Heimvertrag).

Kleidung allgemein	Stückzahl	Sonstige Kleidung	Stück
Unterhosen			
Unterhemden			
BH			
Strümpfe / Strumpfhosen			
Socken			
Blusen (Damen)			
Hemden (Herren)			
T-Shirts			
Pullover			
Strickwesten			
Röcke oder Kleiderröcke		Persönliche Dinge (z.B. Wecker, Uhr, Möbel usw.)	
Hosen			
Sommerjacke			
Winterjacke			
Kopfbedeckung			
Sommerschuhe			
Winterschuhe			
Hausschuhe			
Handschuhe			

* Genauere Informationen zur Firma Blache entnehmen Sie bitte dem Informationsmagazin.

Bitte ankreuzen, für welche unserer Einrichtungen die Anmeldung gedacht ist!



Vor- und Zuname:

Beratung und Aufklärung über geeignete Pflegemaßnahmen (Expertenstandards)

Expertenstandards sind Instrumente, die entscheidend zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege beitragen. Sie berücksichtigen pflegewissenschaftliche Erkenntnisse als auch pflegepraktische Erfahrungen gleichermaßen und definieren Ziele und Maßnahmen bei relevanten Themenbereichen der ambulanten und stationären pflegerischen Versorgung.

1. „Dekubitusprophylaxe“

Ein Dekubitus (Druckgeschwür), auch Ulkus genannt, ist eine Schädigung der Haut und des darunterliegenden Gewebes aufgrund eines Drucks, der längere Zeit auf dieselbe Hautpartie wirkt. Die Haut- und Gewebeveränderung ist mit bloßem Auge erkennbar. Ein einmal entstandener Dekubitus nimmt meist einen langwierigen Verlauf: Die Abheilung eines Dekubitalgeschwürs dauert häufig Monate und durchläuft dabei mehrere Phasen. Daher ist die regelmäßige Inspektion der Wunde sowie eine eventuelle Anpassung der Wundbehandlung für den weiteren Heilungsverlauf von größter Bedeutung. Um den Erfolg der Dekubitus-Therapie zu sichern, ist es daher ratsam, dass Betroffene und Angehörige, Pflegepersonal und Ärzte eng miteinander zusammenarbeiten.

2. „Sturzprophylaxe“

Mit zunehmendem Alter nimmt naturgemäß die Reaktionsfähigkeit des Menschen ab, es besteht ein erhöhtes Risiko, dass ein Mensch stürzt. Körperliche und geistige Gebrechen behindern mitunter die Eigenaktivität – schon der Gang zum WC oder das Verlassen des Bettes wird zur Gefahr. Neben den möglichen Verletzungen, die sich ein Mensch zuziehen kann, kommt es oftmals auch zu einer zunehmenden Angst. Es werden zusätzliche Verunsicherung und Hilflosigkeitsgefühle ausgelöst. Unter Sturzprophylaxe versteht man alle Maßnahmen zur Vorbeugung von Stürzen. 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 müssen beseitigt bzw. reduziert zu werden. Mitarbeiter oder Bezugspersonen in der Pflege sollen in der Lage sein, wirksam einzugreifen, um Stürze so gut es geht zu vermeiden und die möglichen Sturzfolgen auf ein Minimum zu reduzieren.

3. „Pflege von Menschen mit chronische Wunden“

Lokalisation und Wundbefund sind im Verlaufsbericht anzugeben. Die Wundpflege und der Verbandswechsel erfolgt auf Anordnung des Arztes. Bei Bedarf wird ein Wundmanager hinzugezogen. Die Voraussetzung für eine normal verlaufende Wundheilung ist die fachgerechte Pflege einer Wunde und der damit zusammenhängende fachgemäße Verbandswechsel.

4. „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung“

Bei jedem Bewohner mit pflegerischem Unterstützungsbedarf, bestehender Mangelernährung oder Anzeichen für eine drohende Mangelernährung ist die orale Nahrungsaufnahme entsprechend den Bedürfnissen und dem individuellen Bedarf sicherzustellen. Essen und Trinken beeinflussen die Lebensqualität, sind wichtige Bestandteile sozialer und kultureller Identität und dienen der Gesunderhaltung durch eine adäquate Nährstoffaufnahme. Die Sicherstellung einer

bedürfnisorientierten und bedarfsgerechten Ernährung kann durch die frühzeitige Erfassung und Bewertung ernährungsrelevanter Gesundheitsprobleme; einer angemessenen Unterstützung und Umgebungsgestaltung; spezifischer Maßnahmen sowie einem geeigneten Nahrungsangebot eine Mangelernährung verhindern und bestehenden Defiziten entgegenwirken. Wenn der Body-Mass-Index (kurz: BMI) unter dem Wert 20 liegt oder eine Gewichtsveränderung von 5% innerhalb von ein bis drei Monaten messbar ist, werden Arzt und Angehörige informiert.

5. „Förderung der Harnkontinenz“

Unter Kontinenz versteht man 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, jedoch mit steigendem Risiko im Alter, auftreten. Statistisch betrachtet sind überwiegend Frauen und ältere Menschen beider Geschlechter betroffen. Die Harninkontinenz kann verschiedene Ursachen haben, z. B. Ein fortgeschrittenes Alter mit einhergehender Muskelschwäche oder neurologischen Ursachen, d.h. durch Reizleitungsstörungen oder durch fehlende Informationsverarbeitung im Gehirn. Es werden durch die Harninkontinenz oftmals zusätzliche Verunsicherungen und Hilflosigkeitsgefühle auslöst. Es kann sogar zunehmend zu Angstgefühlen kommen und es wird sich isoliert. Von daher darf Inkontinenz nicht tabuisiert werden, um so dem Menschen die Möglichkeit zu geben, sich der Situation zu stellen und zu lernen, damit umzugehen. Risikofaktoren müssen analysiert und reduziert werden.

6. „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 eine reine Sinneswahrnehmung. Hinzu treten auch emotionale und bewertende Elemente, die den Schmerz z.B. als bedrohlich oder quälend, als bedeutend oder nebensächlich einordnen und den Umgang mit ihm bestimmen.

7. „Erhaltung und Förderung der Mobilität in der Pflege“

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 ein Verlust von Selbstständigkeit und kann im Extremfall völlige Abhängigkeit bedeuten. Es ist daher ein Hauptziel, die Selbstständigkeit zu unterstützen und zu fördern. Mobilisation bedeutet *“in Bewegung setzen und in Bewegung sein“*. Und beweglich zu 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. 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 stets zu gewährleisten.

8. „Beziehungsgestaltung in der Pflege von Menschen mit Demenz“

Jeder Mensch mit Demenz soll das Gefühl haben, gehört zu werden; verstanden zu werden; angenommen zu werden; mit anderen Personen verbunden zu sein. Eine Person zentrierte Wechselbeziehung (Interaktion) und Kommunikation ist gebunden an das Person-Sein des Menschen mit Demenz, seine Identität und einzigartige Persönlichkeit. Diese gilt es zu bewahren oder wiederherzustellen, da sie besonders bei Demenz oft verloren geht. Person-Sein (d.h. durch seine individuelle Eigenschaften und Eigenarten gekennzeichnete Mensch) ist abhängig vom Beziehungsgefüge und den Werten, Akzeptanz, Respekt und Vertrauen. Durch das Herausarbeiten aufeinander bezogenes Handeln und Kommunikation können zu Pflegenden diese Werte und das Person-Sein wieder erleben und die in der Zielformulierung angestrebten Gefühle spüren.

9. „Entlassungsmanagement in der Pflege“

Patienten und Bewohner mit einem poststationären Pflege- und Unterstützungsbedarf benötigen ein individuelles Entlassmanagement, um die kontinuierliche und bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten und „Drehtüreffekte“ zu vermeiden. Das soll mit dem entsprechenden Standard geregelt werden.

10. „Förderung der Mundgesundheit in der Pflege“

Menschen mit einem pflegerischen Unterstützungsbedarf bei der Durchführung der Mundpflege erhalten ihrem individuellen Bedarf und Bedürfnis entsprechende Unterstützung bei der Förderung der Mundgesundheit. Diese erfolgt mit dem Ziel, Erkrankungen der Zähne und des Zahnhalteapparates, Entzündungen, unerwünschten Veränderungen oder Verletzungen von Mund und Mundschleimhaut sowie Komplikationen im Zusammenhang mit Zahnersatz vorzubeugen. Bei bestehenden Problemen soll zu einer Verbesserung der Mundgesundheit und der Funktionalität von Zähnen und Zahnersatz beigetragen oder eine weitere Verschlechterung verhindert werden. Probleme im Mundbereich treten sehr häufig auf und können in erheblichem Maße das subjektive Wohlbefinden und die Gesundheit beeinträchtigen. Durch eine frühzeitige Identifikation eines Unterstützungsbedarfs bei der Pflege von Mund, Zähnen und Zahnersatz, die sorgfältige Einschätzung der Mundgesundheit und der Funktionalität der Zähne und des Zahnersatzes sowie der Planung, Durchführung und Evaluation von individuellen Maßnahmen trägt die Pflegefachkraft zu einer Verbesserung der Mundgesundheit und des Wohlbefindens bei und wirkt dem Entstehen von Problemen entgegen.

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 sowie Kompensierung von Verletzungen oder Behinderungen bestimmt sind. Ebenfalls dienen diese der Untersuchung, der Ersetzung oder der Veränderung des anatomischen Aufbaus oder eines physiologischen Vorgangs oder sowie der Empfängnisregelung." Ohne vorherige Einweisung darf ein Medizinprodukt nicht angewandt werden.

Zusätzliche Bemerkungen und Fragen Ihrerseits:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Über die notwendigen Expertenstandards wurde ich (i.V. Betreuer/in) im Rahmen des Aufnahmegespräches aufgeklärt und beraten.

..... Unterschrift Kunde/Betreuer/Bevollmächtigter Ort, Datum
..... Unterschrift Pflegefachkraft Unterschrift Pflegefachkraft