

## Kurzzeitpflege "Goldene Aussicht" GmbH

Goldene Aussicht 21 OT Stein, 09306 Königshain-Wiederau  
Tel.: 037383/80820 Fax: 037383/80827 www.zl-altenpflege.de



### Sehr geehrter Gast,

danke dass Sie sich für unsere Einrichtung entscheiden und uns ihr Vertrauen schenken.

Für Ihre Pflege und Betreuung stehen Ihnen unsere qualifizierten Mitarbeiter Tag und Nacht zur Seite. Wir wollen Ihnen bei allen Verrichtungen, die Sie nicht aus eigener Kraft bewältigen können, unsere Unterstützung anbieten.

Das neue Gesetz zur Regelung der Betreuungs- und Wohnqualität im Alter und bei Behinderung (BeWoG) sowie die Verträge mit den Pflegekassen geben Qualitätsrichtlinien vor. Der Verbraucherschutz will dadurch mehr Transparenz und höhere Qualität in der Pflege erreichen.

Was bedeutet das für Sie als Gast unserer Kurzzeitpflege oder Angehörige von Gästen konkret?

1. Sie müssen vor Vertragsabschluss konkrete vorvertragliche Informationen von uns erhalten, deshalb macht sich vor dem ersten Aufenthalt ein Vorgespräch vor der eigentlichen Aufnahme erforderlich.

2. Sie benötigen ärztliche Verordnungen für:

- die Medikamenteneinnahme, alle Injektionen und Einreibungen
- für Verbände und Kompressionsstrümpfe
- für Blutdruck und Blutzuckermessungen

Dafür haben wir auf Seite 4 dieses Schreibens die Vorlage für Ihren Hausarzt entwickelt.

3. Versorgungssituation und Nachweis der ärztlichen VO

Die "Aufnahmeinformation" bringen Sie bitte ausgefüllt zum Vorgespräch und zur Aufnahme mit. Bitte stellen sie sicher, dass für den gesamten Zeitraum des Aufenthaltes in der Kurzzeitpflege die verordneten Medikamente in ausreichender Menge ausschließlich in der Originalverpackung vorhanden sind. Wir sind nicht berechtigt, bereits gesetzte Medikamente zu verabreichen.

Dazu gehören auch Insulin, Injektionsnadeln, Alcohol Pads, Verbandstoffe, Salben, Bettbeutel, Beinbeutel, Beinbeutelhalterungen, Ersatzkatheter und Katheterwechsel-Set bei Dauerkatheter-Trägern.

Sie benötigen ebenfalls Ihre Inkontinenzmaterialien ( Einlagen, Windeln), für den gesamten Zeitraum Ihres Aufenthaltes in ausreichender Menge.

Wenn Sie einen Rollstuhl, Sauerstoffgerät, Wechseldruckmatratze oder andere individuelle Hilfsmittel benutzen, dann bringen Sie diese bitte mit.

Ausserdem brauchen Sie persönliche Sachen zum witterungsgerechten Anziehen, Waschutensilien und gut passendes Schuhwerk (wenn möglich geschlossene Hausschuhe wegen der Sturzgefahr).

Folgende Sachen brauchen Sie nicht mitzubringen:

Bettwäsche, Handtücher, Waschlappen, Bargeld, Scheckkarten, Nachtstuhl

Wir möchten Sie darauf hinweisen, dass Sie in unserem Hause kein Geld brauchen.

Gleich einem guten Hotel können Sie alle Leistungen bargeldlos in Anspruch nehmen.

Wir erstellen Ihnen eine Rechnung und Sie überweisen nach dem Aufenthalt bequem von zu Hause aus. oder über bei liegende Einzugsermächtigung

Haftung kann für dennoch mitgebrachtes Geld, das der Gast selbst verwaltet, nicht übernommen werden. Sollten Sie nicht darauf verzichten können, lassen Sie es von unseren Mitarbeitern bei Ihrer Anreise einschließen.

Sollten Sie in unserer Einrichtung Physiotherapieleistungen in Anspruch nehmen wollen, dann lassen Sie von Ihrem Hausarzt eine Heilmittelverordnung ohne Hausbesuch ausstellen.

Wir möchten Sie abschließend darauf hinweisen, dass bei geringen Rentenbezügen beim Sozialamt Zuschüsse beantragt werden können.

Wir freuen uns auf Sie!

Die Mitarbeiter der Kurzzeitpflege "Goldene Aussicht" in Stein.



# Aufnahmeinformation

Bitte zur Aufnahme ausgefüllt mitbringen.

Name und Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_  
 PLZ und Ort: \_\_\_\_\_  
 Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_  
 Fam. Stand  verheiratet  verwittwet  ledig  
 Pflegestufe:  I  II  III seit: \_\_\_\_\_  Eilverfahren beantragt seit: \_\_\_\_\_  
 Höherstufung:  Nein beantr. seit: \_\_\_\_\_  
 § 45a genehmigt ja seit: \_\_\_\_\_  
 zusätzliche Betreuung nein  
 Raucher  Nichtraucher  
 Behandelnder Arzt/ Hausarzt: \_\_\_\_\_  
 Vertretung bei uns Dr. \_\_\_\_\_  
 betreuender Pflegedienst \_\_\_\_\_  keiner  
 Krankenkasse/ Pflegekasse  AOK Sachsen/Thüringen  Barmer  Knappschaft KV-Nr. \_\_\_\_\_  
 genaue Bezeichnung  andere \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_

Überweisungsschein  Ja  Nein Zuzahlungsbefreiung  Ja  Nein  
 Personalausweis  Ja  Nein Chipkarte  Ja  Nein  
 Impfausweis  Ja  Nein Frisör  Ja  Nein  
 Falithromausweis  Ja  Nein welche Frisur? \_\_\_\_\_ wie oft? \_\_\_\_\_  
 Blutzuckerbuch  Ja  Nein Fußpflege im Haus  Ja  Nein  
 welche Woche? \_\_\_\_\_

Allergien/ Unverträglichkeiten/ Besonderheiten  Allergiepass liegt vor  
 Arzneimittel  nicht bekannt  ja Lebensmittel  nicht bekannt  ja  
 welche/welcher Wirkstoff \_\_\_\_\_  Früchte  Nüsse  
 \_\_\_\_\_  Sonne  Milch  
 \_\_\_\_\_  Tiere  \_\_\_\_\_  
 sonstiges:  Insektenstiche  Nickel  \_\_\_\_\_  
 Heuschnupfen  
 Waschmittel  
 Hausstaub

Ist Notfallmaßnahme bekannt?  ja, welche \_\_\_\_\_  
 nein

**Kurzzeitpflege "Goldene Aussicht" GmbH**

Goldene Aussicht 21 OT Stein, 09306 Königshain-Wiederau  
Tel.: 037383/80820 Fax: 037383/80827 www.zl-altenpflege.de



**Name und Vorname:** \_\_\_\_\_ **Geb.Datum:** \_\_\_\_\_

**Angehörige als Ansprechpartner in der Zeit des Aufenthaltes- bitte Verwandtschaftsverhältnis angeben!**

1. Name	2. Name	3. Name
Verwandtschaftsverhältnis	Verwandtschaftsverhältnis	Verwandtschaftsverhältnis
Straße	Straße	Straße
PLZ/Ort	PLZ/Ort	PLZ/Ort
Telefon	Telefon	Telefon
Handy	Handy	Handy

**Wenn solche Vollmachten oder Betreuung vorliegt bitte Verträge oder Ausweis mitbringen zum kopieren.**

<b>Patientenvollmacht</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<b>Vorsorgevollmacht</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
<b>Generalvollmacht</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	folgende Legitimation in einer Vollmacht oder im Betreuerausweis vorhanden	
<b>Betreuung liegt vor</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt am: _____	<input type="checkbox"/> Gesundheit	
Name, Vorname: _____		<input type="checkbox"/> Vermögen	
Straße: _____		<input type="checkbox"/> Aufenthalts-Unterbringungsbest.	
PLZ/ Ort: _____		<input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten	
Telefon: _____		<input type="checkbox"/> Rechtsverkehr	
Handy: _____		<input type="checkbox"/> Postbearbeitung	
		<input type="checkbox"/> Freiheitsentziehende Maßnahmen	

**Wichtige Hinweise:**

**Wir weisen Sie hiermit auf die rechtliche Bedeutung und die Notwendigkeit von Generalvollmacht, Patientenverfügung und Betreuerbestellung bei Erkrankungen, welche die Entscheidungsfähigkeit eins Verträge dürfen nur von geschäftsfähigen Personen unterzeichnet werden.**

**Nur bevollmächtigte Personen dürfen für andere (auch Mutter und Vater) handeln.**

**Sollte Ihr Angehöriger oder Betreuer gerade während das Aufenthaltes in unserer Einrichtung versterben, benötigen wir die Angabe, welches werden soll.**

keine Angabe, da Angehörige immer erreichbar 1, 2, 3 siehe oben

**Bestattungsunternehmen**

Name: \_\_\_\_\_  
 Straße: \_\_\_\_\_ PLZ/Ort: \_\_\_\_\_  
 Telefon: \_\_\_\_\_

**Fotodokumentation**

Ich bin mit der Anfertigung von Fotos zu Dokumentationszwecken (z.B.nach einem Sturz oder bei Hautveränderungen) einverstanden.

Diese Fotos können dem Medizinischen Dienst oder/ und dem behandelnden Arzt vorgelegt werden.  Ja  Nein

Ich bin mit der Anfertigung von Fotos während Veranstaltungen einverstanden.

Diese Fotos dürfen öffentlich gezeigt werden.  Ja  Nein

Die vorvertragliche Information habe ich erhalten.

_____	_____	_____
Ort, Datum	Unterschrift Gast/ Betreuer	Unterschrift Angehörige

**Kurzzeitpflege "Goldene Aussicht" GmbH**

Goldene Aussicht 21 OT Stein, 09306 Königshain-Wiederau  
Tel.: 037383/80820 Fax: 037383/80827 www.zl-altenpflege.de



**Bitte von Ihrem Hausarzt ausfüllen lassen und zur Aufnahme mitbringen.**

Sehr geehrter Hausarzt,

Ihr Patient wird in der Kurzzeitpflege "Goldene Aussicht" in Stein aufgenommen.

Auf Grund der gesetzlichen Vorschriften benötigt Ihr Patient folgende schriftl. Aussagen zu:

Name und Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Datum: \_\_\_\_\_

Diagnosen (mgl. ICD): \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**z.Z. eingenommene Medikamente - Stärke und Einnahmевorschrift**

Medikament/BTM	früh	mittag	abend	nacht

**Bedarfsmedikation, auch freiverkäufl. Medikamente bitte**

Medikament bei	Dosierung	Definition Bedarf
		Fieber
		Husten/Schnupfen
		Diarrhoe/Erbrechen

**Einreibungen, auch freiverkäufliche Salben bitte**

Salbe	Lokalisation	wie oft

**Verbände**

Medikament/Salbe/Auflage	Lokalisation	Wechselrhythmus

**Injektionen**

Medikament/BTM	früh	mittag	abend	nacht

Dauerkatheterträger:  Ja  Nein

Termin nächster Wechsel: \_\_\_\_\_  kein Wechsel notwendig

dazu benötigen wir Wechselkatheter/Katheterwechsel-Set, RP nicht vergessen

**Blutzuckerkontrolle**  Ja  Nein wie oft: \_\_\_\_\_

wenn ja, bitte Wellion Linus BZ-Teststreifen 50 Stk. PZN 05084805 und Wellion Safetylancets 21G a 200 Stk. (PZN Alternativ bitte Überweisung zum "Diabetologe" ausstellen.

**Blutdruckkontrolle**  Ja  Nein wie oft: \_\_\_\_\_

**Kompressionsverband o. -strümpfe**  Ja  Nein

**Hausbesuch**  Ja  Nein

Führen Sie bei Bedarf einen Hausbesuch in unserer Einrichtung durch?  
Bei nein benötigt Ihr Patient einen Überweisungsschein zum " Arzt vor Ort"

Ort, Datum: \_\_\_\_\_

Danke für Ihre Unterstützung , das Team KZP "Goldene Aussicht" in Stein.

Stempel und Unterschrift



**SEPA-Lastschriftmandat  
 SEPA Direct Debit Mandate**

**Name des Zahlungsempfängers / Creditor name:** Kurzeitpflege  
 "Goldene Aussicht" GmbH

**Anschrift des Zahlungsempfängers / Creditor address**  
**Straße und Hausnummer / Street name and number:** Goldene Aussicht 21 OT Stein  
 09306 Königshain - Wiederau  
 Tel./Fax: (037383) 8 08 20 / 8 08 27

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:** **Land / Country:**  
 Deutschland

**Gläubiger-Identifikationsnummer / Creditor identifier:**  
 DE98 22200000046996

**Mandatsreferenz (vom Zahlungsempfänger auszufüllen) / Mandate reference (to be completed by the creditor):**

Ich ermächtige / Wir ermächtigen (A) den Zahlungsempfänger (Name siehe oben), Zahlungen von meinem / unserem Konto mittels Lastschrift einzuziehen. Zugleich (B) weise ich mein / weisen wir unser Kreditinstitut an, die vom Zahlungsempfänger (Name siehe oben) 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.

By signing this mandate form, you authorise (A) the creditor (name see above) to send instructions to your bank to debit your account and (B) your bank to debit your account in accordance with the instructions from the creditor (name see above).

As part of your rights, you are entitled to a refund from your bank under the terms and conditions of your agreement with your bank. A refund must be claimed within 8 weeks starting from the date on which your account was debited.

**Zahlungsart / Type of payment:**  
 Wiederkehrende Zahlung / Recurrent payment  Einmalige Zahlung / One-off payment

**Name des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor name:**

**Anschrift des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Debtor address**  
**Straße und Hausnummer / Street name and number:**

**Postleitzahl und Ort / Postal code and city:** **Land / Country:**

**IBAN des Zahlungspflichtigen (max. 35 Stellen) / IBAN of the debtor (max. 35 characters):**

**BIC (8 oder 11 Stellen) / BIC (8 or 11 characters):**

**Ort / Location:** **Datum (TT/MM/JJJJ) / Date (DD/MM/YYYY):**

**Unterschrift(en) des Zahlungspflichtigen (Kontoinhaber) / Signature(s) of the debtor:**

Hinweis: Meine / Unsere Rechte zu dem obigen Mandat sind in einem Merkblatt enthalten, das ich / wir von meinem / unserem Kreditinstitut erhalten kann.  
 Note: Your rights regarding the above mandate are explained in a statement that you can obtain from your bank.



**Versorgungssituation (Anamnese)**

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

**Orientierung:**  keine Einschränkung

- eingeschränkte Orientierung  zur eigenen Person (Person weiß nicht wer sie ist)  
 zu anderen Personen (Verkennen von sonst bekannten Personen)  
 örtliche Orientierung (Verkennen der örtlichen Umgebung)  
 zeitliche Orientierung (Person ist zeitlich nicht im Hier und Jetzt, die Vergangenheit spielt eine tragende Rolle)  
 situative Orientierung (Person kann Situationen nicht einschätzen, Verkennen der gesundheitlichen Situation und Möglichkeiten)

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Sehen:** Brille  immer  Lesebrille  Lupe  blind  Brille wird abgelehnt  
 Brille nachts aufgesetzt  
Kontaktlinsen  tags  nachts

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Hören:** Einschränkungen  Nein  schwerhörig  taub  
Hörgeräte  rechts  links  werden abgelehnt

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Sprache:** Einschränkungen  komplette Sätze können nicht gebildet werden  
 Nein  verwaschene Sprache  
 Wortfindungsstörungen  stumm

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Beschäftigung:**  beschäftigt sich selbst  lehnt Beschäftigung ab/liebt seine Ruhe

- beschäftigt sich am liebsten mit:  Fernsehen  Spaziergänge  
 Kreuzwörtertsel  Haushaltstätigkeiten  
 Buch lesen  Spiele

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Atmen:** Einschränkungen  Nein  kurzatmig  
 Luftnot bei Anstrengung/  
situativen Veränderungen (Aufregung)  
 abhängig vom Sauerstoffgerät  
Tracheostoma:  Nein  ganztägig  
 stundenweise

Schema: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Kurzzeitpflege "Goldene Aussicht" GmbH**

Goldene Aussicht 21 OT Stein, 09306 Königshain-Wiederau  
Tel.: 037383/80820 Fax: 037383/80827 www.zl-altenpflege.de



**Ernährung:** Körperbau bis 50 J.  schlank  normal  kräftig

individuelle Trinkmenge:  < 500 ml (4 Kaffeetassen)  
 < 1000 ml (8 Kaffeetassen)  
 > 1000 ml (> 8 Kaffeetassen)  
 trinkt selbständig  trinkt nach Aufforderung  
 trinkt nachts selbständig  wünscht in Einrichtung nachts zu trinken

Liebingsgetränke: \_\_\_\_\_

Mahlzeiten pro Tag:  3  5  zur Nacht  
 ißt selbständig  ißt nach Aufforderung  ißt nachts selbständig

PEG/Magensonde  Nein  Ja Nahrung: \_\_\_\_\_  
Schluckstörungen  Nein  bei Flüssigkeit  
 bei groben Speisen

Diät:  Nein  Ja Welche? \_\_\_\_\_  
(z.B. Gicht, Gluten, Laktose,...)

Abneigungen/Vorlieben: \_\_\_\_\_

**Ausscheidung: Tag:**

Toilettengang:  selbständig  mit Unterstützung  nicht möglich  
Nachtstuhl:  selbständig  mit Unterstützung  nicht möglich  
Urinflasche:  selbständig  mit Unterstützung  nicht möglich

**Nacht:**

Toilettengang:  selbständig  mit Unterstützung  nicht möglich  
Nachtstuhl:  selbständig  mit Unterstützung  nicht möglich  
Urinflasche:  selbständig  mit Unterstützung  nicht möglich

Merkt Harndrang?  Ja  Nein  nicht immer  
 Einlage  tags  Windel  tags  
 nachts  nachts  
Wechsel  selbständig  unselbständig

Blasenkatheter:  Nein  Ja Letzter Wechsel? \_\_\_\_\_  
Katheterart: (Silikon, Latex) \_\_\_\_\_  
Größe: \_\_\_\_\_ Blockmenge: \_\_\_\_\_ ml

Stuhlgang  normal  neigt zu Durchfall  neigt zu Verstopfung  
Merkt Stuhlgang?  Ja  Nein Abführhythmus: \_\_\_\_\_

künstlicher Darmausgang:  Nein  Ja

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Körperpflege:** Wann findet Körperpflege statt?  früh  mittags  abends  
In welcher Form?  am Waschbecken  im Bett  
 Dusche  Badewanne



Was erfolgt dabei selbständig?

---

---

---

**Bekleidungswechsel:**  selbständig  mit Unterstützung  unselbständig

**Zahnstatus:** eigene Zähne:  Nein  Ja  
Zahnprothese:  Oben  Unten  Teil (oben/unten)  wird abgelehnt  
passt:  Nein  Ja  Ja mit Haftcreme/Haftpad  
Verbleibt die Zahnprothese nachts im Mund?  Ja  Nein  
Reinigung der Prothese:  einlegen in Proth.reiniger? wann? \_\_\_\_\_  
 putzen mit Zahncreme wann? \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Aktivität:**  geh-/stehfähig  sitzfähig  bettlägerig  Treppensteigen möglich

Prothesen vorhanden:  Arm  Bein  
genutzte Hilfsmittel:  Rollator  Rollstuhl  
 Gehbank  Gehstock  
 Unterarmstütze  rechts  links  
sollen die nämlich mitbringen

Sind im letzten 1/4 Jahr Stürze aufgetreten?  Nein  
Tageszeit? \_\_\_\_\_ Wie oft? \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

**Ruhe:** Aufstehzeit: \_\_\_\_\_ Uhr Mittagsruhe:  Nein  Ja  Bett  
Nachtruhe: \_\_\_\_\_ Uhr  Sofa  
 Sessel

Kann durchschlafen?  Ja  Nein  Umherlaufen  
 Lagerung  
 nächtliche Toilettengänge  
 nächtliche IKM-Wechsel  
 nächtliche Nahrungsaufnahme

Hilfsmittel:  Wechseldruckmatratze (Bitte für Aufenthalt mitbringen!)  
 besondere Kissen/Decken

Schlafrituale:  Fenster offen/gekippt  Orientierungslicht  
 Nachtstuhl ans Bett  besondere Kissen/Decken  
 nächtliche Kontrollgänge Zu welcher Zeit? \_\_\_\_\_ Uhr  
 in Einrichtung gewünscht  
 in Einrichtung nicht gewünscht

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

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