

Kurzzeitpflege "Zusammen Leben"

Hainichener Str. 15, 09669 Frankenberg

Tel.: 037206/8876151

Fax: 037206/8876159

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 Sie erteilen uns einen SEPA-Lastschriftauftrag.

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 "Zusammen Leben" in Frankenberg.

Kurzzeitpflege "Zusammen Leben"

Hainichener Str. 15, 09669 Frankenberg

Tel.: 037206/8876151

Fax: 037206/8876159

www.zl-altenpflege.de

Aufnahmeinformation

Bitte zur Aufnahme ausgefüllt mitbringen.

Name und Vorname: _____

Geburtsname: _____

Straße: _____

PLZ und Ort: _____

Geb. Datum: _____

Konfession: _____

Fam. Stand

verheiratet

verwitwet

ledig

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 seit: _____ 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/ AOK Sachsen/Thüringen

Pflegekasse Barmer

KV-Nr. _____

Knappschaft

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

Lebensmittel nicht bekannt

ja

ja

welche/welcher Wirkstoff _____

Früchte

Nüsse

Sonne

Milch

Tiere

Nickel

sonstiges: Insektenstiche

Heuschnupfen

Waschmittel

Hausstaub

Ist Notfallmaßnahme bekannt? ja, welche _____

nein

Kurzzeitpflege "Zusammen Leben"

Hainichener Str. 15, 09669 Frankenberg

Tel.: 037206/8876151

Fax: 037206/8876159

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.

Patientenvollmacht Ja Nein

Vorsorgevollmacht Ja Nein

Generalvollmacht Ja Nein

folgende Legitimation in einer Vollmacht

oder im Betreuerausweis vorhanden

Betreuung liegt vor Ja Nein beantragt am: _____

Gesundheit

Vermögen

Name, Vorname: _____

Aufenthalts-Unterbringungsbest.

Straße: _____

Wohnungsangelegenheiten

PLZ/ Ort: _____

Rechtsverkehr

Telefon: _____

Postbearbeitung

Handy: _____

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 Betreuter gerade während das Aufenthaltes in unserer Einrichtung versterben, benötigen wir die Angabe, welches Bestattungsunternehmen mit der Abholung beauftragt 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 "Zusammen Leben"

Hainichener Str. 15, 09669 Frankenberg

Tel.: 037206/8876151

Fax: 037206/8876159

www.zl-altenpflege.de

Bitte von Ihrem Hausarzt ausfüllen lassen und zur Aufnahme mitbringen.

Sehr geehrter Hausarzt,

Ihr Patient wird in der Kurzzeitpflege "Zusammen Leben" in Frankenberg 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 "Zusammen Leben" in Frankenberg.

Stempel und Unterschrift

Kurzzeitpflege "Zusammen Leben"

Hainichener Str. 15, 09669 Frankenberg

Tel.: 037206/8876151

Fax: 037206/8876159

www.zl-altenpflege.de

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 "Zusammen Leben"

Hainichener Str. 15, 09669 Frankenberg

Tel.: 037206/8876151

Fax: 037206/8876159

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

Kurzzeitpflege "Zusammen Leben"

Hainichener Str. 15, 09669 Frankenberg

Tel.: 037206/8876151

Fax: 037206/8876159

www.zl-altenpflege.de

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: _____