



Seniordienste gGmbH  
Helmuth Galda Haus

Tel 06281/562420  
Fax 06281/56242567  
Email helmuth-galda-haus@eva-buchen.de

**Anmeldung zur stationären Aufnahme:**

Beschützter Wohnbereich       Offener Wohnbereich

1-Bett-Zimmer       2-Bett-Zimmer

Kurzzeitpflege      von..... bis .....

Vollstationäre Pflege      von..... bis.....

Name.....Vorname.....

Straße.....Hausnr.:.....PLZ/Ort.....

Telefon..... Staatsangehörigkeit.....

Geburtsdatum.....Familienstand:.....Konfession.....

Geburtsort: ..... Geburtsname: .....

Angehörige und / oder nahe stehende Personen:

Verwandtschaftsgrad:	Vor- und Nachname:	Anschrift:	Telefon/Email

Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dokument:	Datum:	Seiten:	Sachstand:	Verantwortlich:	Freigabe:
U1.3	23.05.19	1 von 6	23052019	PDL	HL



Senioren Dienste gGmbH  
Helmuth Galda Haus

Tel 06281/562420  
Fax 06281/56242567  
Email helmuth-galda-haus@eva-buchen.de

Ist eine notariell beglaubigte Vorsorgevollmacht vorhanden?  ja  nein

Besteht eine gesetzliche Betreuung für Vermögensangelegenheiten,  
Gesundheitsvorsorge, Aufenthaltsbestimmungsrecht und Postangelegenheiten?

Name des Betreuers oder Bevollmächtigten: \_\_\_\_\_

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?  ja  nein

Aktueller Pflegegrad:  1  2  3  4  5

Ist ein Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt?  ja  nein

Krankenkasse / Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Mitgliedsnummer: \_\_\_\_\_ Rezeptgebührenbefreiung:  ja  nein

Andere Zuschüsse / Einkünfte:

Beihilfeansprüche (z. B. Beamte) von woher? \_\_\_\_\_

sonstige Leistungsansprüche zur Pflege: \_\_\_\_\_

Sozialhilfe

Wurde bereits ein Antrag auf Sozialhilfe im Rahmen der "Hilfe zur Pflege" (BSHG § 68 / § 69) gestellt?  ja  nein

Wenn ja, bei welchem Sozialamt? \_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis:  nein  ja: \_\_\_\_\_ %

Dokument	Datum:	Seiten:	Sachstand:	Verantwortlich:	Freigabe:
U1.3	23.05.19	2 von 6	23052019	PDL	HL

G:\Allgemein\Aufnahme im HGH\Anmeldung\Anmeldung zur Aufnahme.doc



Seniordienste gGmbH  
Helmuth Galda Haus

Tel 06281/562420  
Fax 06281/56242567  
Email helmuth-galda-haus@eva-buchen.de

### **Pflegeinformationen/Hilfebedarf:**

Besonderheiten bei der Pflege und Versorgung, Verhaltensbesonderheiten, aktuelle Schwierigkeiten, Suchterkrankungen, Behinderungen:

---

---

Allergien/ Nahrungsmittelunverträglichkeiten?  ja  nein  
Wenn "Ja" – welche?

---

---

Diagnosen (falls bekannt):

---

---

### Pflege-/Hilfebedarf

Nahrungsaufnahme: selbstständig  mundger. Zubereiten  verabreichen

Körperpflege: selbstständig  mit Unterstützung  wird übernommen

Gefähigkeit: erhalten  eingeschränkt  stark eingeschränkt  keine

Hilfsmittel : Rollator  Stock  Rollstuhl

Toilettengang: selbstständig  mit Unterstützung  nicht möglich

Kommunikation: gut  eingeschränkt  nicht möglich

Dokument:	Datum:	Seiten:	Sachstand:	Verantwortlich:	Freigabe:
U1.3	23.05.19	3 von 6	23052019	PDL	HL

G:\Allgemein\Aufnahme im HGH\Anmeldung\Anmeldung zur Aufnahme.doc



Senioren Dienste gGmbH  
Helmuth Galda Haus

Tel 06281/562420  
Fax 06281/56242567  
Email helmuth-galda-haus@eva-buchen.de

**Hausarzt:** \_\_\_\_\_

Strasse: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_



Welche hausärztliche Versorgung kann Ihr Hausarzt während des Aufenthalts im Helmuth Galda Haus weiter übernehmen?

- Komplette Versorgung incl. evtl. Hausbesuche,  
 telefonische Beratung, keine Hausbesuche     die Medikation (evtl. Rezepte)  
 keine

Wenn "keine": Die Hausärztliche Behandlung soll von folgendem Arzt übernommen werden: \_\_\_\_\_

#### **Zahnmedizinische Betreuung:**

Möchten Sie von unserem kooperierenden Zahnarzt betreut werden?

- ja     nein     noch nicht entschieden

#### **Podologische Betreuung:**

Möchten Sie von unserer kooperierenden podologischen Praxis betreut werden?

- ja     nein     noch nicht entschieden

#### **Hausfrisör:**

Möchten Sie regelmäßig unseren Frisör in Anspruch nehmen?

- ja     nein     noch nicht entschieden

Dokument:	Datum:	Seiten:	Sachstand:	Verantwortlich:	Freigabe:
U1.3	23.05.19	4 von 6	23052019	PDL	HL

G:\Allgemein\Aufnahme im HGH\Anmeldung\Anmeldung zur Aufnahme.doc



Seniordienste gGmbH  
Helmuth Galda Haus

Tel 06281/562420  
Fax 06281/56242567  
Email helmuth-galda-haus@eva-buchen.de

### Wäschepflege:

Wir übernehmen im **vollstationären Bereich** (während einer Kurzzeitpflege nicht) üblicherweise das Waschen der persönlichen Wäsche (sofern diese maschinenwaschbar und trocknergeeignet ist, siehe auch „Servicebroschüre“ der Firma IILSE). Wird die Wäsche von unserem Dienstleistungsunternehmen, der Firma IILSE gewaschen, muss die Wäsche des Betroffenen gekennzeichnet werden. Dies kostet einmalig 70 €.

Wollen Sie die Leistung "Wäschepflege" in Anspruch nehmen?

ja

nein

werden Sie bereits von einem ambulanten Pflegedienst betreut ja / nein

wenn ja: von welchem? \_\_\_\_\_

besuchen Sie bereits eine Tagespflege? ja / nein

wenn ja: welche? \_\_\_\_\_

**Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?**

---

---

---

Dokument:	Datum:	Seiten:	Sachstand:	Verantwortlich:	Freigabe:
U1.3	23.05.19	5 von 6	23052019	PDL	HL

G:\Allgemein\Aufnahme im HGH\Anmeldung\Anmeldung zur Aufnahme.doc