

## Checkliste Kurzzeitpflege

Bewohnername: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Für die anstehende Kurzzeitpflege benötigen wir folgende Unterlagen und Materialien:

### Für die Verwaltung:

- Formular „Stamm- und Kontaktdaten“ (siehe Anlage)
- Ärztliche Bescheinigung nach §36 (4) IfsG (siehe Anlage) vom Arzt/ KH
- Ärztlicher Fragebogen (siehe Anlage)
- Gesundheitskarte der Krankenkasse
- Befreiungsausweis der Krankenkasse (wenn eine Befreiung vorliegt)
- Kopie Geburtsurkunde / Heiratsurkunde
- Kopie Personalausweis / Schwerbehindertenausweis
- Kopie der Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung
- Kostenzusage der Pflegekasse für die Kurzzeit- / Verhinderungspflege
- Kopie des aktuellen Einstufungsbescheids der Pflegekasse
- Beihilfeberechtigung (wenn vorhanden)
- Apothekenvereinbarung (siehe Anlage)
- Vereinbarungen „Offene Einrichtung“, „Bildrechte“, „Besondere Wünsche..“
- KZP Vertrag (vollständig unterschrieben)

### Für die Pflege:

- Pflegerischer Fragebogen (siehe Anlage)
- unterschriebener Medikamentenplan (Für die KZP max. 3 Tage alt!)
- ausreichend Medikamente (unbedingt in Originalverpackung)
- ausreichend Inkontinenzmaterialien
- Hilfsmittel (Rollator, Rollstuhl, Blutzuckermessgerät, Verbandmaterial, ...)
- Sondenkost mit Zubehör (Überleitungssysteme, Ernährungspumpe, etc.)
- Körperpflegeartikel
- ausreichend Kleidung
- Wäschesack

## Stamm- und Kontaktdaten zur Aufnahme in Langzeitpflege / Kurzzeitpflege

### Angaben zum Bewohner / Gast:

Anrede: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_ Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_ Zuzahlungsbefreiung:  Ja  Nein \_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Facharzt 1: \_\_\_\_\_

Facharzt 2: \_\_\_\_\_ Facharzt 3: \_\_\_\_\_

Apotheke: \_\_\_\_\_ Fußpflege / Podologie: \_\_\_\_\_

Friseur: \_\_\_\_\_

Weitere Anmerkungen: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

**Angaben zur 1. Kontaktperson:**

Anrede: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Ort: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Beziehung / Funktion: \_\_\_\_\_

**Angaben zur 2. Kontaktperson:**

Anrede: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Ort: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Beziehung / Funktion: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Rechnungsempfänger:**

Daten Bewohner / Gast

Kontaktperson 2

Anrede: \_\_\_\_\_

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

Straße: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Kontaktperson 1

Abweichende Daten:

Titel: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

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

Ort: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

**Ärztliche Bescheinigung zur Aufnahme im Altenheim  
nach § 36, (4), Infektionsschutzgesetz**

Bewohnername: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Vers.-Nr: \_\_\_\_\_

Ist der Patient / die Patientin frei von ansteckenden Erkrankungen?

- ja  
 nein

Liegt eine ansteckende Tuberkulose der Atmungsorgane vor?

- ja  
 nein

*„4) Personen, die in eine **Einrichtung nach Absatz 1 Nummer 2 bis 4** aufgenommen werden sollen, haben der Leitung der Einrichtung **vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.** Bei der erstmaligen Aufnahme darf die Erhebung der Befunde, die dem ärztlichen Zeugnis zugrunde liegt, **nicht länger als sechs Monate** zurückliegen, bei einer erneuten Aufnahme darf sie **nicht länger als zwölf Monate** zurückliegen.“*

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes

## Ärztlicher Fragebogen

Bewohnername:

Geburtsdatum:

Krankenkasse:

Vers.-Nr:

- 1.) Ist der Patient gehfähig?  Ja  Nein  
2.) Ist der Patient auf Rollstuhl angewiesen?  Ja  Nein  
3.) Ist der Patient ständig bettlägerig?  Ja  Nein  
4.) Ist der Patient stuhlinkontinent?  Ja  Nein  
5.) Ist der Patient harninkontinent?  Ja  Nein

6.) Hilfestellungen sind erforderlich:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Bei der Mobilität       | <input type="checkbox"/> Beim Waschen            |
| <input type="checkbox"/> Beim An- und Auskleiden | <input type="checkbox"/> Beim Essen und Trinken  |
| <input type="checkbox"/> Bei den Ausscheidungen  | <input type="checkbox"/> Bei der Tagesgestaltung |

- 7.) Orientierung:
- |                |                             |                               |                                    |
|----------------|-----------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| Zur Zeit:      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Zeitweise |
| Zum Ort:       | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Zeitweise |
| Zur Person:    | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Zeitweise |
| Zur Situation: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein | <input type="checkbox"/> Zeitweise |

8.) Psychische Problemlagen / Verhaltensauffälligkeiten?  Ja  Nein

9.) Suchtkrankheit?  Nein  Ja: \_\_\_\_\_

10.) Diagnosen: *Bitte legen Sie pflegerelevanten Diagnosen bei!*

11.) Medikamente: *Bitte geben Sie einen aktuellen, unterschriebenen Medikamentenplan mit!*

12.) Behandlungspflege: *Bitte geben Sie einen aktuellen, unterschriebenen Behandlungsplan mit!*

13.) Besondere Hinweise: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Stempel und Unterschrift des Arztes

## Pflegerischer Fragebogen

Bewohnername:

Geburtsdatum:

Sehr geehrte/r Bewohner / Kurzzeitpflegegast,  
sehr geehrte/r Angehörige/r / Bevollmächtigte/r / Betreuer/in,

um eine bestmögliche Versorgung sicherstellen zu können sind wir auf Ihre Mithilfe angewiesen: Bitte nehmen Sie sich einige Minuten Zeit und füllen den pflegerischen Fragebogen bestmöglich aus.

1.) Was bewegt Sie im Augenblick? Was brauchen Sie? Was können wir für Sie tun? Was bringt Sie zu uns?

---

---

---

---

### Kognitive und Kommunikative Fähigkeiten

2.) Ist die Sprachfähigkeit erhalten?

Ja       Nein

3.) Können Wünsche und Bedürfnisse adäquat mitgeteilt werden?

Ja  
 Nein

4.) Bestehen Beeinträchtigungen des Hör- und Sehvermögens? Wenn ja, welche?

Ja: \_\_\_\_\_  
 Nein

5.) Werden zur Kompensation der Beeinträchtigungen Hilfsmittel genutzt? Wenn ja, welche?

Ja: \_\_\_\_\_  
 Nein

6.) Bestehen Verhaltensauffälligkeiten oder psychische Problemlagen? Wenn ja, welche?

Ja: \_\_\_\_\_  
 Nein

7.) Welche Faktoren fördern oder begrenzen dieses Verhalten?

---

---

---

### Mobilität und Beweglichkeit

8.) Bestehen Mobilitätseinschränkungen? Wenn ja, welche?

- Ja: \_\_\_\_\_  
 Nein

9.) Werden zum Fortbewegen Hilfsmittel (Rollstuhl, Rollator, Gehhilfen etc.) benötigt? Wenn ja, welche?

- Ja: \_\_\_\_\_  
 Nein

10.) Besteht eine Sturzvorgeschichte? Wenn ja, gab es gravierende Sturzfolgen?

- Ja: \_\_\_\_\_  
 Nein

### Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

11.) Besteht eine Harninkontinenz, oder Stuhlinkontinenz?

- Ja, welche \_\_\_\_\_  
 Nein  
 Zeitweise \_\_\_\_\_

12.) Werden Inkontinenzprodukte genutzt? Wenn ja, welche?

- Ja: \_\_\_\_\_  
 Nein

13.) Hat die pflegebedürftige Person Schmerzen?

- Ja  
 Nein

14.) Ist die aktuelle Schmerzsituation stabil (Schmerzen werden als akzeptabel empfunden) oder instabil (Schmerzsituation und Schmerzlinderung entsprechend keiner akzeptablen Situation)?

- Stabile Schmerzsituation  
 Instabile Schmerzsituation

15.) Wo (an welchen Körperstellen) treten die Schmerzen auf?

---

---

16.) Bestehen Wunden? Wenn ja, welche und Wo (an welchen Körperstellen)?

- Ja: \_\_\_\_\_  
 Nein

### Selbstversorgung

16.) Kann sich die pflegebedürftige Person Mahlzeiten mundgerecht zubereiten und Getränke eingießen?

- Ja  
 Nein  
 Teilweise / mit Hilfe: \_\_\_\_\_

17.) Kann die pflegebedürftige Person Essen und Trinken?

- Ja  
 Nein  
 Teilweise / mit Hilfe: \_\_\_\_\_

18.) Nutzt die pflegebedürftige Person Zahnprothesen? Wenn ja, welche?

- Ja, Vollprothese oben  
 Ja, Vollprothese unten  
 Ja, Teilprothese oben  
 Ja, Teilprothese unten  
 Nein

19.) Bestehen Nahrungsunverträglichkeiten? Wenn ja, welche?

- Ja: \_\_\_\_\_  
 Nein

20.) Wie sind die Wünsche bzgl. der Ernährung?

---

---

---

21.) Kann sich die pflegebedürftige Person waschen?

- Ja  
 Nein  
 Teilweise / mit Hilfe: \_\_\_\_\_

22.) Wie sind die Wünsche bzgl. der Körperpflege?

---

---

---

23.) Kann sich die pflegebedürftige Person An- und Auskleiden?

- Ja  
 Nein  
 Teilweise / mit Hilfe: \_\_\_\_\_

### Leben in sozialen Beziehungen

24.) Wünscht der Aufenthalt im Freien?

- Ja  
 Nein

25.) Welche aktuellen Interessen und Gewohnheiten bestehen aktuell?

---

---

---

26.) Kann die pflegebedürftige Person den Tagesablauf selbst gestalten?

- Ja  
 Nein  
 Teilweise / mit Hilfe: \_\_\_\_\_

27.) Kann die pflegebedürftige Person den Tag-Nacht-Rhythmus einhalten und für ausreichende Ruhe- und Schlafphasen sorgen?

- Ja  
 Nein  
 Teilweise / mit Hilfe: \_\_\_\_\_

28.) Kann sich die pflegebedürftige Person beschäftigen?

- Ja  
 Nein  
 Teilweise / mit Hilfe: \_\_\_\_\_

29.) Kann die pflegebedürftige Person in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen?

- Ja  
 Nein  
 Teilweise / mit Hilfe: \_\_\_\_\_

30.) Kann die pflegebedürftige Person mit Personen im direkten Kontakt interagieren?

Ja

Nein

Teilweise / mit Hilfe: \_\_\_\_\_

31.) Kann die pflegebedürftige Person Kontakte zu Personen außerhalb des direkten Umfelds pflegen?

Ja

Nein

Teilweise / mit Hilfe: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner/in

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreuer/in / Bevollmächtigte/r

**Offene Einrichtung  
Aufenthalt in der Langzeit- und Kurzzeitpflege**

Bewohnername: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Ich bin darüber informiert worden, dass das radprax Seniorenzentrum Plettenberg eine offene Einrichtung ist und somit ein Verlassen des Seniorenzentrums nicht explizit verhindert werden kann.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner/in

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreuer/in / Bevollmächtigte/r

## Einwilligung der Bildrechte

Bewohnername: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Hiermit räume ich ein, dass ohne zeitliche und inhaltliche Beschränkung das übertragbare und unwiderrufliche Recht, sämtlicher von meiner Person gemachter Bilder, Videos, auch bei Erkennbarkeit meiner Person, on- und offline, das heißt in verschiedenen Medien der Einrichtung, zu nutzen bzw. nutzen zu lassen und in diesem Zusammenhang auch zu bearbeiten.

Die Einwilligung gilt sowohl für das Krankenhaus, als auch für die gesamte radprax-Gruppe.

Dies betrifft Printmedien, „Wandschmuck“, Homepage, anlassbezogene Tagespresse, Veranstaltungen, Ausstellungen in der Einrichtung, sowie alle von der Einrichtung benötigten Darstellung für zum Beispiel Flyer, Imagefilme und anderes.

Die Einwilligung bezieht sich auch auf die benötigte Wunddokumentation.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner/in

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreuer/in / Bevollmächtigte/r

### Besondere Wünsche im Todesfall

Bewohnername: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Im Todesfall soll folgende Person informiert werden:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

Die zuvor genannte Person soll:

- Zu jeder Zeit (z.B. auch nachts) informiert werden
- Nicht** zu dieser Zeit informiert werden: \_\_\_\_\_

Außerdem bestehen für den Todesfall folgende Wünsche:

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

- \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Betreuer / Bevollmächtigter