

## Leitfaden stationäre Aufnahme



**Eine Aufnahme in der stationären Pflege (Kurzzeitpflege, Verhinderungspflege und Vollstationäre Pflege) in unserem Haus ist nur möglich, wenn alle von uns benötigten Unterlagen bis 48 Std. vor Einzug eingereicht werden.**

### Vom Krankenhaus oder Hausarzt

- Ärztlicher Fragebogen vom Hausarzt oder dem Krankenhaus ausgefüllt
- Corona-PCR-Test (1 Tag vor Einzug einzureichen)
- Aktuelles Medikamentenblatt

### Vom Bewohner, Angehörigen, Bevollmächtigten oder Betreuer

- Anmeldung (vollständig ausgefüllt)
- Pflegegradnachweis (wenn bereits ein Pflegegrad vorliegt)
- Kopie von Patientenverfügung, Vollmachten oder Betreuerausweis, Schwerbehindertenausweis, Krankenkarte, Personalausweis
- Zuzahlungsbefreiung
- Kopie Kontoauszug, Sparsbuch ect. (Nachweis, dass der Eigenanteil getragen werden kann)
- Kostenzusage der Krankenkasse (bekommen wir per Post von der K-Kasse, wenn der Antrag gestellt wurde)
- Apothekenvereinbarung (beide Seiten, auch in der Kurzzeitpflege)
- Impf-Anamnese / Impfpass (Kopie)
- Biografiebogen

### Zusätzlich bei Sozialhilfeempfängern

- Rentenbescheid
- Sozialhilfebescheid

### Aufnahme im Behütenden Wohnbereich

- Richterlicher Beschluss zur Unterbringung
- **Zum Einzug in die vollstationäre Pflege sind Medikamente mindestens für 3 Tage mitzubringen**
- **In der Kurzzeitpflege müssen Medikamente, Inkontinenzmaterial sowie Pflegeprodukte für die gesamte Dauer des Aufenthaltes mitgegeben werden**

**Bitte vergessen Sie nicht den Antrag für die Kurzzeit- und, oder Verhinderungspflege bei Ihrer Krankenkasse zu stellen.**

# ANMELDUNG



zur Aufnahme im CARECON Seniorenwohnpark Vaterstetten

**Um eine reibungslose Aufnahme zu ermöglichen, bitte nur vollständig ausgefüllte Unterlagen einzureichen.**

Nachname \_\_\_\_\_ Geb. Name \_\_\_\_\_

Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen) \_\_\_\_\_

## Hauptwohnsitz

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

## derzeitiger Aufenthalt

Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

bei

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort (mit Kreis und ggf. Land/Staat) \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

erlernter Beruf \_\_\_\_\_

**Kinder** (Anzahl) \_\_\_\_\_

## Angehörige

1. Vor- und Nachname \_\_\_\_\_ wie verwandt \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_
2. Vor- und Nachname \_\_\_\_\_ wie verwandt \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_
3. Vor- und Nachname \_\_\_\_\_ wie verwandt \_\_\_\_\_ E-Mail \_\_\_\_\_  
Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_ PLZ, Ort \_\_\_\_\_ Telefon \_\_\_\_\_

(falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine Vertrauensperson angeben)

- gesetzlicher Betreuer**      Ausweis liegt vor      Ausweis wurde beantragt  
 **Bevollmächtigter**      Vollmacht liegt vor      Vollmacht liegt nicht vor

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift | E-Mail | Telefon

**Krankenkasse** (oder sonstiger Kostenträger für Arzt, Arznei usw.)

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Name der Kasse, Anschrift | Versicherungsnummer

**Beihilfe**     Ja     Nein

**Hausarzt**

\_\_\_\_\_ | \_\_\_\_\_  
Name, Anschrift | Telefon

**Bitte stellen Sie sicher, dass der Hausarzt im Notfall während der Kurzzeitpflege zu uns ins Haus kommt. Sollte dies nicht der Fall sein, müssten Sie sich selbst um einen Vertretungsarzt für diese Zeit kümmern.**

**Monatliches Einkommen**

_____   _____   _____ Art des Einkommens   zahlende Stelle   Betrag €
_____   _____   _____ Art des Einkommens   zahlende Stelle   Betrag €
_____   _____   _____ Art des Einkommens   zahlende Stelle   Betrag €

**Kosten** (muss verbindlich ausgefüllt werden)

- a) **restliche Kostenerstattung**  
 Selbstzahler  
 Sozialhilfe Antrag wurde gestellt am: \_\_\_\_\_ wird gestellt am \_\_\_\_\_

- b) **Verantwortlich für die Begleichung der Kosten, die durch die Pflegekasse (Sozialhilfe) nicht gedeckt sind und Rechnungsempfänger ist:**  
 der zukünftige Bewohner  
 der Hauptansprechpartner

Sollte nach Aufnahme in unserer  
Einrichtung ein Antrag auf Sozialhilfe  
gestellt werden, ist uns dies unverzüglich  
mitzuteilen.

**Geplanter Aufenthaltszeitraum im Falle der  Pflege/Kurzzeitpflege**

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Art des Pflegeaufenthalts**

vollstationäre Pflege       Kurzzeitpflege

**Gewünschtes Zimmer im Wohnbereich Pflege (unbedingt angeben)**

ca. 26 m<sup>2</sup> Einzel- \* (WB III)     ca. 17 m<sup>2</sup> Einzel-\*\* (WB I, II, IV u. VI)  
 ca. 17 m<sup>2</sup> Einzel- \*\*\* (St. I-VI)     ca. 28 m<sup>2</sup> Doppelzimmer     ca. 17 m<sup>2</sup> Einzel- (Sozialhilfe)

\* Komfortzuschlag - 18,41 € p.T.

\*\* Komfortzuschlag - 25,00 € p.T.

\*\*\* Komfortzuschlag - 30,00 € p.T.

Zimmer im Behüteten Wohnbereich, ca. 26 m<sup>2</sup> Doppelzimmer

Telefon gewünscht (18,- € Flatrate)

**Wäscheservice (ist im Preis inbegriffen)**

wir waschen selbst

Wäsche wird vom Haus gewaschen (bei Kurzzeitpflege)

Wäsche wird von der Firma Stanglmayer gewaschen (bei Vollstationärer Aufnahme)

**Pflegeprodukte**

besorgen wir selbst

soll über Carecon besorgt und abgerechnet werden

In der Kurzzeitpflege müssen alle privaten Pflegemittel mitgebracht werden.

### Inkontinenzmaterial

- wir besorgen selbst  
 soll über Carecon besorgt und abgerechnet werden

In der Kurzzeitpflege muss das Inkontinenzmaterial mitgebracht werden.

### Corona-Impfung

- ich bin bereits geimpft  
 ich möchte geimpft werden (**nur bei vollstationärer Aufnahme möglich**)  
 ich möchte **nicht** geimpft werden

### Antragsteller für den Aufzunehmenden

<hr/>	
Name, Anschrift	Telefon
<hr/>	
in welcher Eigenschaft	

### Pflegegrad lt. MDK (falls vorhanden, Zutreffendes ankreuzen)

- I       II       III       IV       V  
 keine       Pflegegrad beantragt am: \_\_\_\_\_

**Ich habe die Checkliste gelesen und verstanden und ich versichere, dass alle Angaben den Tatsachen entsprechen.**

**Bei vollstationären Aufnahmen am Freitag, Samstag und Sonntag ist darauf zu achten, dass Medikamente für 3 Tage mitgegeben werden.**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Falls Sie diese Anmeldung zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr aufrechterhalten wollen, bitten wir Sie, uns umgehend zu benachrichtigen.**

# ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

## anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

- Ist der Patient geh-fähig?       ja     nein
- Ist der Patient steh-fähig?     ja     nein
- Ist der Patient bettlägerig?    ja     nein      Falls ja, ständig?  ja       nein
- Stuhlinkontinenz?             ja     nein      Magensonde?     ja       nein
- Harninkontinenz?             ja     nein      Katheter?         ja       nein
- Fremder Hilfe bedürftig beim
- Essen                       Waschen
- Ankleiden                  Frisieren
- Aufstehen aus dem Bett    Lagern zur Nachtruhe
- Benutzen der Toilette     Mobilisieren
- In Form von                     Anleitung    teilw. Übernahme    vollst. Übernahme
- Örtlich orientiert?           ja     nein       nicht immer
- Zeitlich orientiert?         ja     nein       nicht immer
- Unruhezustände tags/nachts?  ja     nein       nicht immer
- Gemütsstimmung?           willig       freundlich    verdrießlich
- Weglaufgefährdung?         ja     nein
- Gefährliche Eigenschaften?  nein     ja, folgende: \_\_\_\_\_
- Suchtkrankheiten?           nein     ja, folgende: \_\_\_\_\_
- Körperliche Behinderung?    nein     ja, folgende: \_\_\_\_\_
- Geistig-seelische Behinderung  
oder Störung?                 nein     ja, folgende: \_\_\_\_\_
- Ansteckende Krankheiten?  
(auch Tbc, MRSA)             nein     ja, folgende: \_\_\_\_\_
- Diagnose: \_\_\_\_\_

Weitere Hinweise und Bemerkungen des Arztes: \_\_\_\_\_

Ich entbinde den Arzt von der Schweigepflicht.

\_\_\_\_\_  
 Ort, Datum    Unterschrift des Patienten    Stempel und Unterschrift des Arztes

	Pflegegrad 1 o. 125 €	Pflegegrad 1 mit 125 €	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
<b>Entgelte</b>	<b>täglich</b>	<b>täglich</b>	<b>täglich</b>	<b>täglich</b>	<b>täglich</b>	<b>täglich</b>
Unterkunft und Verpflegung	27,01 €	27,01 €	27,01 €	27,01 €	27,01 €	27,01 €
Investitionskosten	18,88 €	18,88 €	18,88 €	18,88 €	18,88 €	18,88 €
<b>Eigenanteil</b>	<b>45,89 €</b>	<b>45,89 €</b>	<b>45,89 €</b>	<b>45,89 €</b>	<b>45,89 €</b>	<b>45,89 €</b>
Ausbildungszuschlag	5,07 €	5,07 €	5,07 €	5,07 €	5,07 €	5,07 €
Pflegeaufwand	39,90 €	43,90 €	93,17 €	93,17 €	93,17 €	93,17 €
<b>Die Pflegekasse zahlt nach Bewilligung im Jahr</b>			<b>1.774,00 €</b>	<b>1.774,00 €</b>	<b>1.774,00 €</b>	<b>1.774,00 €</b>
Zuschlag Einzelzimmer Altbau 26 m <sup>2</sup>	18,41 €	18,41 €	18,41 €	18,41 €	18,41 €	18,41 €
Zuschlag Einzelzimmer sanierter Altbau 17 m <sup>2</sup>	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €
Zuschlag Einzelzimmer Neubau 17 m <sup>2</sup>	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €
Summe täglich im Doppelzimmer	90,86 €	94,86 €	144,13 €	144,13 €	144,13 €	144,13 €
Summe täglich im Einzelzimmer Altbau	109,27 €	113,27 €	162,54 €	162,54 €	162,54 €	162,54 €
Summe täglich im Einzelzimmer san. Altbau	115,86 €	119,86 €	169,13 €	169,13 €	169,13 €	169,13 €
Summe täglich im Einzelzimmer Neubau	120,86 €	124,86 €	174,13 €	174,13 €	174,13 €	174,13 €

Die Erstattung durch die Pflegekasse beträgt derzeit bei Kurzzeitpflege maximal 1.774,00 € im Jahr und bei Verhinderungspflege maximal 1.612 € im Jahr bei Pflegegrad 2 bis 5.

**Daraus ergibt sich eine Aufenthaltsdauer von bis zu 17 bzw. 18 Tagen in unserem Haus.**

Nachfolgende Leistungen können auf Wunsch gegen Aufpreis in Anspruch genommen werden:

- Telefon Flatrate **18,00 pro Monat**
- Nutzung eines Handnotrufes **14,99 € pro Monat**



## VOLLSTATIONÄRE PFLEGE TAGESENTGELT

	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
<b>Entgelte</b>	<b>täglich</b>	<b>täglich</b>	<b>täglich</b>	<b>täglich</b>	<b>täglich</b>
Unterkunft u. Verpflegung	23,97 €	23,97 €	23,97 €	23,97 €	23,97 €
Investitionskosten	18,88 €	18,88 €	18,88 €	18,88 €	18,88 €
Ausbildungsumlage	5,07 €	5,07 €	5,07 €	5,07 €	5,07 €
Pflegeaufwand	43,90 €	61,91 €	78,08 €	94,94 €	102,51 €
<b>Die Pflegekasse zahlt nach Bewilligung monatlich</b>	<b>125,00 €</b>	<b>770,00 €</b>	<b>1.262,00 €</b>	<b>1.775,00 €</b>	<b>2.005,00 €</b>
Zuschlag Einzelzimmer Altbau 26 m <sup>2</sup>	18,41 €	18,41 €	18,41 €	18,41 €	18,41 €
Zuschlag Einzelzimmer sanierter Altbau 17 m <sup>2</sup>	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €	25,00 €
Zuschlag Einzelzimmer Neubau 17 m <sup>2</sup>	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €	30,00 €
<b>Summe täglich im Doppelzimmer</b>	<b>91,82 €</b>	<b>109,83 €</b>	<b>126,00 €</b>	<b>142,86 €</b>	<b>150,43 €</b>
<b>Summe täglich im Einzelzimmer Altbau</b>	<b>110,23 €</b>	<b>128,24 €</b>	<b>144,41 €</b>	<b>161,27 €</b>	<b>168,84 €</b>
<b>Summe täglich im Einzelzimmer san. Altbau</b>	<b>116,82 €</b>	<b>134,83 €</b>	<b>151,00 €</b>	<b>167,86 €</b>	<b>175,43 €</b>
<b>Summe täglich im Einzelzimmer Neubau</b>	<b>121,82 €</b>	<b>139,83 €</b>	<b>156,00 €</b>	<b>172,86 €</b>	<b>180,43 €</b>

Nachfolgende Leistungen können auf Wunsch gegen Aufpreis in Anspruch genommen werden:

- Telefon Flatrate **18,00 € pro Monat**
- Chemische Reinigung der persönlichen Wäsche (separate Preisliste)
- Bereitstellung der Pflegemittel (Zahncreme, Shampoo, etc.)
- Nutzung eines Handnotrufes **14,99 € pro Monat**





## VOLLSTATIONÄRE PFLEGE MONATSENTGELTE

Monatlich	Pflegegrad 1	Pflegegrad 2	Pflegegrad 3	Pflegegrad 4	Pflegegrad 5
Gesamtsumme bei im Doppelzimmer	2.793,16 €	3.341,03 €	3.832,92 €	4.345,80 €	4.576,08 €
Die Pflegekasse zahlt nach Bewilligung monatlich	125,00 €	770,00 €	1.262,00 €	1.775,00 €	2.005,00 €
<b>Eigenanteil Im Doppelzimmer bei 31 Tagen maximal</b>	<b>2.668,16 €</b>	<b>2.571,03 €</b>	<b>2.570,92 €</b>	<b>2.570,80 €</b>	<b>2.571,08 €</b>
Gesamtsumme im Einzelzimmer Altbau	3.353,20 €	3.901,06 €	4.392,95 €	4.905,83 €	5.136,11 €
Die Pflegekasse zahlt nach Bewilligung monatlich	125,00 €	770,00 €	1.262,00 €	1.775,00 €	2.005,00 €
<b>Eigenanteil im Einzelzimmer Altbau bei 31 Tagen maximal</b>	<b>3.228,20 €</b>	<b>3.131,06 €</b>	<b>3.130,95 €</b>	<b>3.130,83 €</b>	<b>3.131,11 €</b>
Gesamtsumme im Einzelzimmer san. Altbau	3.553,66 €	4.101,53 €	4.593,42 €	5.106,30 €	5.336,58 €
Die Pflegekasse zahlt nach Bewilligung monatlich	125,00 €	770,00 €	1.262,00 €	1.775,00 €	2.005,00 €
<b>Eigenanteil im Einzelzimmer san. Altbau bei 31 Tagen maximal</b>	<b>3.428,66 €</b>	<b>3.331,53 €</b>	<b>3.331,42 €</b>	<b>3.331,30 €</b>	<b>3.331,58 €</b>
Gesamtsumme im Einzelzimmer Neubau	3.705,76 €	4.253,63 €	4.745,52 €	5.172,31 €	5.258,40 €
Die Pflegekasse zahlt nach Bewilligung monatlich	125,00 €	770,00 €	1.262,00 €	1.775,00 €	2.005,00 €
<b>Eigenanteil im Einzelzimmer Neubau bei 31 Tagen maximal</b>	<b>3.580,76 €</b>	<b>3.483,63 €</b>	<b>3.483,52 €</b>	<b>3.397,31 €</b>	<b>3.253,40 €</b>

Nachfolgende Leistungen können auf Wunsch gegen Aufpreis in Anspruch genommen werden:

- Telefon Flatrate **18,00 € pro Monat**
- Chemische Reinigung der persönlichen Wäsche (separate Preisliste)
- Bereitstellung der Pflegemittel (Zahncreme, Shampoo, etc.)
- Nutzung eines Handnotrufes **14,99 € pro Monat**



# ANTONIUS-APOTHEKE

APOTHEKERIN ANDREA WÖLFLE

Johann-Sebastian-Bach-Straße 8  
85591 Vaterstetten

Telefon: 08106 1270  
Telefax: 08106 54263

E-Mail: [kontakt@antonius-apotheke.de](mailto:kontakt@antonius-apotheke.de)

## Führen einer Patientendatei

\_\_\_\_\_  
Name

\_\_\_\_\_  
Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
Unterbringung

\_\_\_\_\_  
Telefonnummer

\_\_\_\_\_  
Zuzahlungsbefreit ja \_\_\_ nein \_\_\_

In der Antonius-Apotheke wird für mich eine elektronische Patientendatei geführt. Dazu werden die unten genannten Daten sowie Daten zu meinen Erkrankungen, meinen behandelnden Ärzten und meiner Arzneimitteltherapie, die sich aus vorgelegten Verordnungen oder OTC-Verkäufen ergeben, sowie ggf. Informationen über die Befreiung von der Zuzahlung erfasst. Meine Daten werden hinsichtlich arzneimittelbezogener Probleme, wie z. B. Wechselwirkungen und Problemen bei der Anwendung, geprüft. Ziel ist es, die Effektivität der Arzneimitteltherapie zu erhöhen und Arzneimittelrisiken zu verringern. Zudem dient die Patientendatei dazu, einen Nachweis über geleistete Aufwendungen zur Vorlage bei meiner Krankenkasse und dem Finanzamt zu erstellen (Zuzahlungsbescheinigung).

Ich bin damit einverstanden, dass die genannten Daten vom pharmazeutischen Personal der Antonius-Apotheke, welches der Schweigepflicht unterliegt, ausschließlich zu oben beschriebenen Zwecken erhoben, verarbeitet und genutzt werden. Die Daten werden insbesondere nicht an Dritte weitergegeben, es sei denn, ich stimme dem vorher ausdrücklich zu.

Sofern sich mögliche arzneimittelbezogene Probleme auch aufgrund von anderen, nicht von meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt verordneten Arzneimitteln ergeben, wird mich mein Apotheker um mein Einverständnis zur Kontaktaufnahme mit meinem behandelnden Arzt/Zahnarzt zur Lösung dieser Probleme bitten und ihn über diese anderweitige Medikation unterrichten. Ich bin damit einverstanden, dass mich mein Apotheker diesbezüglich auch telefonisch oder postalische kontaktieren darf.

Ich bin darüber informiert, dass ich jederzeit kostenfrei Einsicht oder schriftlich Auskunft über meine Daten erhalten und selbst entscheiden kann, welche gegebenenfalls gelöscht werden sollen. Soweit Rechtsvorschriften keine längeren Aufbewahrungspflichten vorsehen, werden meine Daten drei Jahre nach der letzten Eintragung gelöscht. Die Einwilligung erfolgt freiwillig und kann von mir jederzeit schriftlich oder in Textform an [kontakt@antonius-apotheke.de](mailto:kontakt@antonius-apotheke.de) ohne Angabe von Gründen und mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden. Ich habe die Datenschutzerklärung, in der ich über meine Rechte nach der Datenschutz-Grundverordnung und dem nationalen Datenschutzrecht informiert wurde, zur Kenntnis genommen.

Sollte ich Fragen oder Beschwerden zum Datenschutz in der Antonius-Apotheke haben, kann ich mich jederzeit an die Verantwortliche Andrea Wölflle, Antonius-Apotheke, Johann-Sebastian-Bach-Str. 8, 85591 Vaterstetten wenden.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift



# ANTONIUS-APOTHEKE

APOTHEKERIN ANDREA WÖLFLE

Johann-Sebastian-Bach-Straße 8  
85591 Vaterstetten

Telefon: 08106 1270  
Telefax: 08106 34263

kontakt@antonius-apotheke.de

## Einzugsermächtigung

Hiermit ermächtige ich, \_\_\_\_\_ die Antonius-Apotheke in Vaterstetten, die von mir monatlich zu entrichtenden Zahlungen zu Lasten meines Kontos mittels SEPA-Lastschrift einzuziehen. Zugleich weise ich mein Kreditinstitut an, die von der Antonius-Apotheke auf mein Konto gezogenen Lastschriften einzulösen.

Kontoinhaber:	
Bank:	
BIC:	IBAN:

Ort, Datum

Unterschrift Kontoinhaber / Bevollmächtigter

## Abweichende Rechnungsadresse

Ich, (Name) \_\_\_\_\_ bitte darum, dass meine Rechnung an folgende Adresse gesendet wird:

Name:	Vorname:	
Straße:		Hausnummer:
PLZ:	Ort:	

Bankverbindung: IBAN DE17 7025 0150 0010 1491 44 GläubigerID DE89ZZZ00000827329 Ust.-ID: DE274 773 456  
Kreissparkasse MünchenStarnbergEbersberg BIC BYLADEM1KMS Amtsgericht München HRA 45304

# EINWILLIGUNGS- ERKLÄRUNG

mRNA

Schutzimpfung gegen  
COVID-19 (Corona Virus Disease 2019)  
(Grundimmunisierung und Auffrischimpfung)  
mit mRNA-Impfstoff  
(Comirnaty® von BioNTech/Pfizer und Spikevax® von Moderna)  
Stand: 04. November 2021

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Ich habe den Inhalt des Aufklärungsmerkblattes zur Kenntnis genommen und hatte die Möglichkeit zu einem ausführlichen Gespräch mit meiner Impfärztin / meinem Impfarzt.

- Ich habe keine weiteren Fragen und verzichte ausdrücklich auf das ärztliche Aufklärungsgespräch.
- Ich willige in die vorgeschlagene Impfung gegen COVID-19 mit mRNA-Impfstoff ein.
- Ich lehne die Impfung ab.

Anmerkungen \_\_\_\_\_

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

Unterschrift der zu impfenden Person \_\_\_\_\_

Unterschrift der Ärztin / des Arztes \_\_\_\_\_

Bei fehlender Einwilligungsfähigkeit der zu impfenden Person:

Bei Sorgeberechtigten zusätzlich: Ich erkläre, dass ich von etwaigen anderen sorgeberechtigten Personen für die Einwilligung ermächtigt wurde.

Unterschrift der zur Einwilligung berechtigten Person  
(Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn) \_\_\_\_\_

Falls die zu impfende Person nicht einwilligungsfähig ist, bitte auch Namen und Kontaktdaten der zur Einwilligung berechtigten Person (Sorgeberechtigte, Vorsorgeberechtigte oder BetreuerIn) angeben:

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefonnr. \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Dieser Anamnese- und Einwilligungsbogen wurde vom Deutschen Grünen Kreuz e.V., Marburg, in Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin, erstellt und ist urheberrechtlich geschützt. Er darf ausschließlich im Rahmen seiner Zwecke für eine nicht-kommerzielle Nutzung vervielfältigt und weitergegeben werden. Jegliche Bearbeitung oder Veränderung ist unzulässig.

Herausgeber Deutsches Grünes Kreuz e.V., Marburg  
In Kooperation mit dem Robert Koch-Institut, Berlin  
Ausgabe 001 Version 011 (Stand 04. November 2021)



ROBERT KOCH INSTITUT

# ANAMNESE

mRNA

## Schutzimpfung gegen COVID-19 (Corona Virus Disease 2019) (Grundimmunisierung und Auffrischimpfung) mit mRNA-Impfstoff (Comirnaty® von BioNTech / Pfizer und Spikevax® von Moderna)

Stand: 04. November 2021

Diese Informationen liegen in leichter Sprache und Fremdsprachen vor:  
[www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html](http://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Materialien/COVID-19-Aufklaerungsbogen-Tab.html)

Name der zu impfenden Person (Name, Vorname) \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

1. Besteht bei Ihnen<sup>1</sup> derzeit eine akute Erkrankung mit Fieber?

ja

nein

2. Sind Sie<sup>1</sup> in den letzten 14 Tagen geimpft worden?

ja

nein

3. Wurden Sie<sup>1</sup> bereits gegen COVID-19 geimpft?

ja

nein

Wenn ja, wann und mit welchem Impfstoff?

Datum: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_ Impfstoff: \_\_\_\_\_

(Bitte bringen Sie Ihren Impfausweis oder anderen Impfnachweis zum Impftermin mit.)

4. Falls Sie<sup>1</sup> bereits eine COVID-19-Impfung erhalten haben: Haben Sie<sup>1</sup> danach eine allergische Reaktion entwickelt?

ja

nein

Sind bei Ihnen andere ungewöhnliche Reaktionen nach der Impfung aufgetreten?

ja

nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

5. Wurde bei Ihnen<sup>1</sup> in der Vergangenheit eine Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2) sicher nachgewiesen?

ja

nein

Wenn ja, wann \_\_\_\_\_

(Nach einer Infektion mit SARS-CoV-2 wird empfohlen, die Impfung 4 Wochen bis 6 Monate nach Diagnosestellung durchzuführen. Bitte bringen Sie den Nachweis zum Impftermin mit.)

6. Haben Sie<sup>1</sup> chronische Erkrankungen oder leiden Sie<sup>1</sup> an einer Immunschwäche (z. B. durch eine Chemotherapie, immunsupprimierende Therapie oder andere Medikamente)?

ja

nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

7. Leiden Sie<sup>1</sup> an einer Blutgerinnungsstörung oder nehmen Sie blutverdünnende Medikamente ein?

ja

nein

8. Ist bei Ihnen<sup>1</sup> eine Allergie bekannt?

ja

nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

9. Traten bei Ihnen<sup>1</sup> nach einer früheren, anderen Impfung allergische Erscheinungen, hohes Fieber, Ohnmachtsanfälle oder andere ungewöhnliche Reaktionen auf?

ja

nein

Wenn ja, welche \_\_\_\_\_

10. Sind Sie schwanger<sup>1</sup>? (Eine Impfung wird ab dem 2. Schwangerschaftsdrittel empfohlen.)

Wenn ja, in welcher Schwangerschaftswoche (SSW)?

ja

nein

SSW \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> ggf. wird dies von der gesetzlichen Vertretungsperson beantwortet

**Bitte beachten!!!**



**CARECON**

**Seniorenwohnpark Vaterstetten GmbH**

**Checkliste zum Einzug in die Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege (Gast / Bevollmächtigter)**

Zum Einzug in unsere Kurzzeitpflege werden folgende Unterlagen sowie persönliche Dinge benötigt:

**Am Tag des Einzuges**

**Wichtige Unterlagen/Medikamente und Sicherstellung der medizinischen Versorgung (abzugeben auf dem Wohnbereich)**

- Personalausweis (Kopie)
- Versichertenkarte der Krankenkasse
- Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung, ggf. Mitbehandlungsschein Hausarzt
- Sicherstellung der Therapien: Krankengymnastik, Ergotherapie, Logopädie, usw.

**Zutreffendes bitte mitbringen:**

- Verbandmaterial
- Ausreichende Menge Medikamente für die Dauer des Aufenthaltes. Bitte in Originalverpackung einschließlich Anwendungsinformationen.
- Inkontinenzmaterial
- Marcumar-Pass
- Geld für Friseur/Fußpflege (Bargeldlose Begleichung der Rechnung ist nicht möglich.)

**Hygieneartikel**

- Kulturtasche
- Zahnbecher, Prothesenbecher
- Zahnbürste und Zahncreme
- Mundwasser bei Bedarf
- Bürste, Kamm
- Shampoo

- Wasch- und Körperlotion
- Gesichtscreme
- Rasierapparat, Rasierwasser
- Nagelpflegeset

### **Bekleidung**

- Tageskleidung auch für bettlägerige Menschen
- Unterhosen und Unterhemden
- Nachthemden/Schlafanzüge
- Persönliche Garderobe (je nach Jahreszeit) Socken, Blusen, Hemden, Hosen, Strickjacke, Mantel, Schirm, Handschuhe, Schal, Mütze etc.-Bademantel-Hausschuhe (möglichst mit Halteriemen)
- offene/feste Schuhe

### **Zutreffendes bitte mitbringen:**

#### **Hilfsmittel**

- Brille/Lesebrille-Hörgerät/Ersatzbatterie/Ladegerät
- Gehstock
- Rollator/ Rollstuhl
- Blutzuckermessgerät und Messstreifen
- ausreichend Inkontinenzartikel
- Absprache der Einweisung durch Sanitätshaus bei Sauerstoffgerät, PEG usw.
- kleiner Wäschekorb, wenn die Wäsche während der Kurzeitpflege im Hause gewaschen werden soll

#### **Freizeitgestaltung**

- Bücher
- Rätselhefte
- Zeitschriften
- TV, Radio, CD-Player und CD's-Telefonnummern für Gast

**Bitte keine größeren Summen Bargeld, Schmuck oder Wertgegenstände mitbringen. Wir können hierfür keine Haftung übernehmen.**



## Kurzbiografie

**Ausgefüllt von:**       mir selbst       meinen Angehörigen

**Mein Name:** \_\_\_\_\_

**Geburtsort:** \_\_\_\_\_

**Konfession und die Bedeutung für mich:** \_\_\_\_\_

**Ehe-/Lebenspartner:**    Verheiratet    verwitwet   sonstiges: \_\_\_\_\_

**Kinder:** \_\_\_\_\_

**Enkelkinder:** \_\_\_\_\_

**Wichtige Person/ Verhältnis:** \_\_\_\_\_

**Ausbildung/ Studium:** \_\_\_\_\_

**Ausgeübter Beruf:** \_\_\_\_\_

**Ich bin:**

eine Nachtkeule       ein früher Vogel       ein Langschläfer       Mittagsschläfer

ein Landmensch       ein Großstadtmensch

gern in Gesellschaft       gern für mich

Ich rauche gern Zigaretten       Ich trinke gern Alkohol

Ich bin weltgewandt und viel gereist       Ich habe gern im Inland Urlaub gemacht

**Das fällt mir schwer:**

sehen       hören       riechen       schmecken

bewegen       mich zu motivieren       sprechen

**Am liebsten esse ich:**

Süß       Pikant       vegetarisch       \_\_\_\_\_

**Das esse ich nicht gern:** \_\_\_\_\_

**Ich möchte gern**       In Gesellschaft essen       In meinem Zimmer essen

**Das trinke ich gern:** \_\_\_\_\_

**Mein Lieblingsgericht:** \_\_\_\_\_

**Meine Rituale vor, beim oder nach dem Essen:** \_\_\_\_\_

**Der schönste Ort, wo ich war:** \_\_\_\_\_

**Das Schönste was mir je passiert ist:** \_\_\_\_\_





## Kurzbiografie

Darauf bin ich besonders stolz: \_\_\_\_\_

Was ich gar nicht mag: \_\_\_\_\_

Mein Verhältnis zu Tieren: \_\_\_\_\_

Meine Interessen/ Hobby: \_\_\_\_\_

Damit habe ich mir immer gern den Tag vertrieben:

Sport schauen/machen  Musik hören/machen  Lesen  Spaziergänge



Handarbeit

Gespräche

Karten/ andere Spiele



Fernsehen

Kochen/ Backen

\_\_\_\_\_

Was ich gut kann: \_\_\_\_\_

Spezielle Wünsche/ Besonderheiten: \_\_\_\_\_

Bei meiner Körperpflege ist mich wichtig:



Ich dusche gern  morgens  abends /  gern sehr warm  gern lau  gern kühl

Ich möchte eine  Nassrasur  Trockenrasur Wie häufig? \_\_\_\_\_

Ich trage gern  Parfum  Aftershave Marke: \_\_\_\_\_

Schmuck  Nagellack  Uhr  \_\_\_\_\_



Mein bevorzugter Kleidungsstil:



Hosen  Röcke  Pullover  Strickjacken  T-Shirt  Hemd  Kleider

Unterhemd  BH  Strumpfhose Das ist mir sehr wichtig: \_\_\_\_\_



Meine Lieblingsfarbe: \_\_\_\_\_

Das trage ich immer bei mir:  Handtasche  Kamm  Handy  Taschentuch



Foto

Stofftier  \_\_\_\_\_

Das müssen Sie unbedingt über mich wissen:

---

---

---

---