

## Anmeldung **PFLEGEZENTRUM**

**Nachname:**

**Vorname:**

**Geburtsname:**

**Wohnung**

PLZ, Wohnort/ Gemeinde:

Straße und Nr.:

**derzeitiger Aufenthalt**

PLZ, Wohnort/ Gemeinde:

Straße und Nr.:

**Geburtsort:**

**Geburtsdatum:**

**Familienstand:**

**Konfession:**

**Staatsangehörigkeit:**

**Anzahl Kinder:**

**1. Angehörige** (Wenn keine Angehörigen vorhanden sind, bitte Vertrauensperson angeben)

Vor- und Nachname:

Verwandschaftsgrad:

Tel.:

PLZ, Wohnort/ Gemeinde:

Straße und Nr.:

**2. Angehörige** (Wenn keine Angehörigen vorhanden sind, bitte Vertrauensperson angeben)

Vor- und Nachname:

Verwandschaftsgrad:

Tel.:

PLZ, Wohnort/ Gemeinde:

Straße und Nr.:

### PFLEGEZENTRUM RÖVERSHAGEN

Birkenstrat 29  
18182 Rövershagen

Anmeldung  
Frau Silvia Noß

(T) 038202 45780  
(F) 038202 457829

pflgezentrum@aufdertenne.de



[www.aufdertenne.de](http://www.aufdertenne.de)

Das Pflegezentrum  
Rövershagen  
wird betrieben vom:



Verein "Auf der Tenne" e. V.  
Pankelower Weg 13a  
18196 Dummerstorf

(T) 038208 6063-4  
(F) 038208 6063-5

[info@aufdertenne.de](mailto:info@aufdertenne.de)

**3. Angehörige** (Wenn keine Angehörigen vorhanden sind, bitte Vertrauensperson angeben)

Vor- und Nachname:

Verwandschaftsgrad:

Tel.:

PLZ, Wohnort/ Gemeinde:

Straße und Nr.:

**Bevollmächtigter:**

**Betreuer:**

**Krankenkasse:**

**KK Versicherungs-Nr.:**

**Zuzahlungsbefreit:**

Ja

Nein

**Pflegegrad:**

1

2

3

4

5

**Hausarzt**

Name, Nachname:

PLZ, Wohnort/ Gemeinde:

Straße und Nr.:

Telefon:

**Aufnahmevoraussetzung: Covidimpfschutz**

Datum 1. Impfung:

Datum 2. Impfung:

Datum 3. Impfung:

**mtl. Einkommen:**

**Kostenträger:**

Zuzahlung aus Barvermögen

Rentenkasse

Sozialamt

**Aufnahmewunsch:**

**Anmeldung:**

vorsorglich

dringend

---

**Ort, Datum:**

**Unterschrift des  
Antragstellers**

*(Wenn keine Personengleichheit, auch Unterschrift des zukünftigen Bewohners)*

**Unterschrift des zukünftigen  
Bewohners**

## Ärztlicher Fragebogen

**Nachname:**

**Vorname:**

**Geburtsname:**

**Geburtsdatum:**

**Ist der Patient gehfähig?** Ja Nein

**Treppensteigen möglich?** Ja Nein

**Ist der Patient bettlägerig?** Ja Nein

**Liegt eine Inkontinenz vor?** Nein Komplette Inkomplette

**Stuhlinkontinenz?** Nein Komplette Inkomplette

**Urininkontinenz?** Nein Komplette Inkomplette

**Hilfebedarf vorhanden?**

kommunizieren	beim Bewegen
Sozialbereiche sichern	beim Essen/Trinken
Toilettengang	beim Kleiden
ruhen/ schlafen	beim Beschäftigen
Sicherheitsvorsorge	beim Waschen

**Patient ist orientiert zu** Zeit Raum Person  
Situation

**Patient ist desorientiert zu** Zeit Raum Person  
Situation

**Patient ist teilweise desorientiert zu** Zeit Raum Person  
Situation

**Gefährliche Eigenschaften?** Nein Ja

wenn ja, welche:

**liegen Suchtkrankheiten vor:** Nein Ja

Wenn ja, welche?

**Liegen körperliche Behinderungen vor?**

**Liegen geistig/ seelische Behinderungen vor?**

## PFLEGEZENTRUM RÖVERSHAGEN

Birkenstrat 29  
18182 Rövershagen

**Anmeldung**  
Frau Silvia Noß

(T) 038202 45780  
(F) 038202 457829

pflegezentrum@aufdertenne.de



[www.aufdertenne.de](http://www.aufdertenne.de)

Das Pflegezentrum Rövershagen wird betrieben vom:



Verein "Auf der Tenne" e. V.  
Pankelower Weg 13a  
18196 Dummerstorf

(T) 038208 6063-4  
(F) 038208 6063-5

[info@aufdertenne.de](mailto:info@aufdertenne.de)

**Diagnosen:**

Demenz vorhanden?                      Ja                      Nein

**Ist der Patient frei von Infektionskrankheiten (MRSA/TBC/Colibakt./usw.)?**                      Ja                      Nein

Wenn nein, welche?

<b>Ist der Patient gefährdet, wenn ja, in welchen Bereichen?</b>	Dekubitus	Pneumonie
	Thrombose	Sturz
	Kontraktur	Soor / Parotitis
	Obstipation	Cystitis
	Intertrigo	

**Hinweise und Bemerkungen des Arztes:**

**Kostform:**

---

**Ort, Datum:**

**Unterschrift und Stempel des Arztes:**