

## Erhebungsbogen für unvorhergesehene Situationen - Notfall

Sehr geehrte/r Bewohner/in

Sie sind in eine Seniorenwohnung des Gebäudes - Dappachstr. 8, 74427 Fichtenberg - eingezogen, um für einen unvorhersehbaren Fall abgesichert zu sein und damit schnelle Hilfe zu bekommen.

Bei einem Notfall ist es wichtig, dass wir vom Senioren-Hotel Limpurg und der ambulante Pflegedienst bestimmte Eckdaten von Ihnen kennen

Dies deshalb, damit wir Ihnen adäquat weiterhelfen und entsprechende Informationen an den Rettungsdienst erteilen können

Ihre Angaben sind selbstverständlich freiwillig. Bitte berücksichtigen Sie dabei, dass, sollte ein unvorhergesehenes Ereignis eintreten, wir nur bedingt mit der "Ersten Hilfe" im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften helfen können. In solchen Situationen ist es immer von Vorteil, wenn gewisse Daten der betroffenen Person vorliegt - denn jede Minute zählt.

Selbstverständlich werden Ihre Daten gemäß Bundesdatenschutzgesetz (§ 5 BDSG) und Sozialgeheimnis (§ 35 SGB I) behandelt und unterliegen der Schweigepflicht (§203 StGB).

**Hinweis:** Sollte es sich herausstellen, ein Krankenhaus ist notwendig oder ein Notarzt muss dazu eingeschaltet werden, erlauben wir uns, diesen Personen, den hier ausgefüllten Erhebungsbogen mit zu geben.

Auch findet der Erhebungsbogen Anwendung in unserer Zusammenarbeit mit dem ambulanten Pflegedienst, mit dem Sie eine eigene Vertragsgestaltung haben.

Darüber hinaus findet dieser ausgefüllte Fragebogen Anwendung in Verbindung mit dem Vertrag "Aufnahme in das Wohnkonzept", damit das Team "Senioren-Hotel Limpurg GmbH" dessen Aufgaben erfüllen kann.

**Vielen Dank für Ihre Mitwirkung!** Wir wünschen Ihnen eine gute Zeit in der Dappachstrasse 8!

Name	Vorname	GeburtsName	GeburtsDatum

Hausarzt	Krankenkasse	KrankenVersichertenNr.	Krankenhauspräferenz

Liegt eine Genehmigung der Pflegekasse in einen Pflegegrad vor?

nein

ja, welcher Pflegegrad?

1

2

3

4

5

Nehmen Sie Blutverdünnungsmittel ein? z.B. Marcumar

nein

ja

Haben Sie einen Herzschrittmacher?

nein

ja

Besteht eine Suchtkrankheit? z. B. Alkohol

nein

ja, welcher Art?

Haben Sie Allergien? z.B. Penicillin, Nahrungsmittel

nein

ja, welcher Art?

Besteht eine körperliche Behinderung/Einschränkung?

nein

ja, welcher Form?

(z.B. Lähmung, Sehen, Gehen etc.)

Liegt eine ansteckend Krankheit/Infektion vor? Besonders hinsichtlich IFSG § 36 Abs. 1

nein

ja, welcher Art?

Sonstige wichtige Informationen: z. B. Atemnot, Wassereinlagerung, Notwendige Sauerstoffzufuhr, offene Wunden etc.

Blutdruck?

Bluthochdruck

niedriger Blutdruck

keine Auffälligkeiten

Größe und Gewicht?				
Größe _____	Gewicht _____	<input type="checkbox"/> Untergewicht	<input type="checkbox"/> Normalgewicht	<input type="checkbox"/> Übergewicht

Besondere Wünsche für den Fall des Ablebens:	
<input type="checkbox"/> Erdbestattung	<input type="checkbox"/> Feuerbestattung

Wen sollen wir bei einem Notfall/Krankenhauseinweisung etc. kontaktieren?

Nachname	Vorname	Verwandtschaftsverhältnis

Strasse/Hausnummer	PLZ/Wohnort

Telefonnummer

Vollmachten für die oben genannte Person :			
<input type="checkbox"/> notarielle General-Vollmacht	<input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Patienten-Vollmacht	<input type="checkbox"/> weder noch

Wen dürfen wir kontaktieren, falls der oben genannte Kontakt nicht erreichbar sein sollte.

Nachname	Vorname	Telefonnummer

Dürfen wir Sie nachts anrufen, wenn der Allgemeinzustand Ihres Angehörigen/Ihrer Angehörigen sich bedenklich verschlechtert?	
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja

Welche Medikamente nehmen Sie ein?

---



---



---



---



---

Welche Diagnose/n liegt/en bei Ihnen vor?

---



---



---

Fichtenberg

Datum

Unterschrift des Bewohners/der Bewohnerin bzw. des/der Bevollmächtigter/in