



Herzlich

willkommen

in unserem Seniorenzentrum



Wir freuen uns, dass Sie sich für
unser Seniorenzentrum interessieren.

In dieser Anmeldemappe finden Sie alle
erforderlichen Unterlagen für Ihren
möglichen Einzug.



Wir sind für Sie da.

Gemeinsam. Menschlich. Kompetent.

Liebe Interessentinnen und Interessenten,

wir wissen, dass die Suche nach einem Pflegeplatz oft mit großer Dringlichkeit verbunden ist. Dennoch bitten wir um Ihr Verständnis, dass wir eine Heimaufnahme erst prüfen können, wenn uns folgende Unterlagen vollständig vorliegen:

- ein vom Hausarzt (alternativ vom Krankenhaus) vollständig ausgefüllter Fragebogen
- ein vollständig ausgefüllter Anmeldebogen

Bitte beachten Sie, dass wir unvollständige Unterlagen leider nicht berücksichtigen können. Nehmen Sie sich daher ausreichend Zeit, die Formulare sorgfältig auszufüllen.

Wir bitten außerdem um Verständnis, dass wir keine Auskünfte zur Länge der Warteliste oder zu möglichen Aufnahmezeitpunkten geben können.

Persönliche Zimmerbesichtigungen sind derzeit leider nicht möglich.

Wir bitten außerdem um Verständnis, dass wir keine Auskünfte zur Länge der Warteliste oder zu möglichen Aufnahmezeitpunkten geben können.

Persönliche Zimmerbesichtigungen sind nicht möglich.

Sie können uns Ihre Unterlagen gerne persönlich, per Post oder per E-Mail zukommen lassen.

Bitte sehen Sie von telefonischen oder schriftlichen Nachfragen ab – wir melden uns bei Ihnen, sobald eine Rückmeldung möglich ist.

Sollten Sie den Pflegeplatz nicht mehr benötigen, freuen wir uns über eine kurze Mitteilung per E-Mail an:

info@seniorenzentrum-ruedesheim.drk.de mit der Bitte, Sie von der Warteliste zu streichen.

Hinweis zur Kurzzeitpflege

In unserer Einrichtung steht ein Zimmer ausschließlich für die Kurzzeitpflege zur Verfügung. Dieses Zimmer ist ausschließlich für diesen Zweck vorgesehen und kann nicht in einen Dauerpflegeplatz umgewandelt werden.

Sollten Sie sich im Anschluss an die Kurzzeitpflege für einen dauerhaften Aufenthalt in unserem Haus entscheiden, ist dies nur möglich, sofern ein anderes Zimmer frei wird. Ein Verbleib im Kurzzeitpflegezimmer über die vereinbarte Zeit hinaus ist leider nicht möglich.

Wir bitten hierfür um Ihr Verständnis.

Im Folgenden einige wichtige Hinweise für die Aufnahme in unserem Seniorenzentrum:

Mitteilung an die Pflegekasse

Bitte teilen Sie der Pflegekasse die geplante Aufnahme in unserem Seniorenzentrum mit. Bei Kurzzeit- oder Verhinderungspflege ist die Angabe des Zeitraums erforderlich. Die von der Pflegekasse übernommenen Beträge werden von uns direkt mit dieser abgerechnet.

Mitteilung an den Sozialhilfeträger

Sollte es Ihnen nicht möglich sein, die Heimkosten über Ihr Einkommen oder Vermögen zu finanzieren, besteht die Möglichkeit, dass die ungedeckten Kosten vom zuständigen Sozialhilfeträger übernommen werden. Der Sozialhilfeträger leistet jedoch keine Hilfe für die Vergangenheit, sondern erst ab dem Zeitpunkt, zu dem er vom Hilfebedarf Kenntnis erhält.

Hausarztwechsel

Bitte klären Sie mit Ihrem Hausarzt, ob er die weitere Betreuung im Seniorenzentrum übernehmen kann bzw. möchte. Sollte dies nicht möglich sein, gibt es in unserer Umgebung mehrere Hausärzte, die Hausbesuche bei uns durchführen. Bitte erkundigen Sie sich dort, ob eine Übernahme möglich ist. Eine Auswahl an Hausärzten haben wir Ihnen als Anhang beigelegt.

Kennzeichnung der Kleidung

Anbei haben wir Ihnen zur Orientierung eine Liste mit benötigten Kleidungsstücken zusammengestellt. Die Wäsche muss, bevor sie auf den Wohnbereich gelangt, mit Vor- und Zunamen gekennzeichnet werden.

Die Kennzeichnung der Wäsche ist im Heimentgelt nicht enthalten und wird mit 0,50 Euro pro Namensschild (inklusive Einarbeitung in das jeweilige Wäschestück) berechnet. Die Patches können nach Zusage des Heimplatzes bestellt werden.

Die mitgebrachte Wäsche zum Kennzeichnen muss sauber und für die Waschmaschine geeignet sein. Die chemische Reinigung von Kleidungsstücken sowie deren Instandsetzung gehören nicht zum Leistungsumfang. Auch wenn Sie die Wäsche zu Hause waschen möchten, empfehlen wir das Anbringen der Patches. Sollte ein Kleidungsstück dennoch in die Hauswäsche gelangen, kann es so problemlos zugeordnet werden.

Medikamente

Bitte bringen Sie zur Aufnahme die aktuell verordneten Medikamente sowie einen vom Hausarzt unterschriebenen, aktuellen Medikamentenplan mit.

Sollte die Verlegung aus einem Krankenhaus zu uns erfolgen, lassen Sie sich bitte von den Pflegekräften die Medikamente für die nächsten drei Tage mitgeben, da sich die Medikation verändert haben könnte. So bleibt uns genügend Zeit, die benötigten Medikamente beim Arzt und in der Apotheke anzufordern.

Inkontinenzmaterial

Für einen Aufenthalt in der Kurzzeitpflege müssen benötigte Inkontinenzartikel selbst mitgebracht werden.

Bei einem vollstationären Pflegeplatz benötigen wir bei bestehender Inkontinenz eine ärztliche Bescheinigung. Diese ist Bestandteil des ärztlichen Fragebogens und vom Hausarzt auszufüllen. Liegt uns die Bescheinigung vor, wird das Inkontinenzmaterial ab dem ersten Tag des Folgemonats von uns zur Verfügung gestellt.

Haustechnik

Falls Sie zum Einzug Möbel oder Elektrogeräte mitbringen möchten, kontaktieren Sie bitte unsere Haustechnikabteilung.

Diese ist von Montag bis Freitag von 08:30 bis 16:00 Uhr unter der Telefonnummer 0671 79639-1011 erreichbar.

Hilfsmittel

Falls Hilfsmittel wie Gehstock, Rollator, Rollstuhl etc. vorhanden sind, teilen Sie uns bitte mit, ob es sich um Ihr persönliches Eigentum oder um eine Leihgabe der Krankenkasse handelt.

Dokument	Erledigt	Bemerkungen
Unterzeichneter Heimvertrag		
Krankenversichertenkarte		
Rezeptgebührenbefreiung		
Behindertenausweis oder Kopie		
Personalausweis		
Geburtsurkunde/Heiratsurkunde		
Patientenverfügung oder Kopie		
Vorsorgevollmacht oder Kopie		
Betreuerausweis oder Kopie		
Ummeldebestätigung		
Mitteilung an die Pflegekasse		
Kostenübernahme der Pflegekasse		
Pflegegradnachweis der Pflegekasse		
Mitteilung an den Sozialhilfeträger		
Medikamente		
Vom Arzt unterschiedener, aktueller Medikamentenplan		

Unterzeichneter Hausarztwechsel		
Einverständniserklärung Apotheke		
Impfpass		
Wäscheetiketten bestellt		

Bitte packen Sie pflegeleichte Alltagskleidung ein wie z.B. Pullover, T-Shirts, Hosen, Blusen, Röcke, Kleider und Strickjacken.

Kleidung und Pflegeartikel	Erledigt	Bemerkungen
Mind. 10 Garnituren Unterwäsche		
Mind. 4 Nachthemden/Schlafanzüge		
Mind. 10 Paar Strümpfe/Strumpfhosen		
Bademantel		
Geschlossene Hausschuhe		
Geschlossene Straßenschuhe		
Reisetasche für Krankenhausaufenthalte mit Namensschild		
Kulturbeutel für Krankenhausaufenthalte mit Namensschild		
Inkontinenzmaterial*		
Handseife		
Duschmittel		
Haarshampoo		
Zahnbürste und Zahnpasta		
Zahnputzbecher (nicht zerbrechlich)		
Prothesenbecher		
Reinigungstabletten für Prothesen		
Haftcreme		
Hautcreme		
Kamm oder Bürste		
Deodorant		
Rasierutensilien		
Evtl. Haarspray, Parfum etc...		

Handtücher, Waschlappen, Bett- und Tischwäsche werden von der Einrichtung gestellt, daher brauchen Sie diese nicht mitzubringen.

Anmeldung

(alle Angaben werden vertraulich behandelt)

Name:
Vorname:
Straße, Nr.:
PLZ, Ort:
Geburtsname:
Geburtsdatum:
Geburtsort:
Telefon: /

Wie ist Ihr Familienstand ?

☐ Verheiratet ☐ Ledig ☐ Verwitwet ☐ Geschieden

Konfession:

Staatsangehörigkeit / Sprache:

.....

.....

Bitte nennen Sie uns zwei Angehörige oder Bekannte, die Ihnen wichtig sind:

Name:	Name:
Vorname:	Vorname:
Art der Angehörigkeit:	Art der Angehörigkeit:
Straße:	Straße:
PLZ, Ort:	PLZ, Ort:
Telefon: /	Telefon: /
Mobil :	Mobil :
Mail:	Mail:

Benachrichtigen bei:

☐ Krankheit ☐ Verlegung
☐ Todesfall ☐ Unfall/Sturz
☐ Am Tag ☐ In der Nacht

Benachrichtigen bei:

☐ Krankheit ☐ Verlegung
☐ Todesfall ☐ Unfall/Sturz
☐ Am Tag ☐ In der Nacht

Wer ist Ihr Hausarzt?

Falls der jetzige Hausarzt keine Hausbesuche bei uns durchführt, kontaktieren Sie bitte vor dem Einzug, einen der hier ansässigen Ärzte.

Name: PLZ, Ort:
Vorname:

Bitte nennen Sie uns Ihre zuständige Kranken- und Pflegekasse: Bitte vollständig ausfüllen!

☐ AOK ☐ BEK ☐ DAK ☐ KKH ☐ TKK ☐

Mitglieds-Nr. Krankenkasse: ☐ gebührenbefreit (Ausweiskopie)

Mitglieds-Nr. Pflegekasse: ☐ pflichtversichert

Straße: ☐ privat versichert

PLZ, Ort: ☐ zusätzlich privat versichert

Wenn Sie privat oder zusätzlich privat versichert sind:

Name der privaten (Zusatz-) Versicherung:

Mitgliedsnummer:

Straße: Telefon: /

PLZ, Ort: Telefax: /

Sind Sie beihilfeberechtigt?

☐ Ja ☐ Nein

Name der Beihilfestelle:

Straße: Telefon: /

PLZ, Ort: Telefax: /

Besteht eine amtlich bestellte Betreuung/Vorsorgevollmacht?

☐ Ja (Urkunde beifügen) ☐ Nein

Wenn ja:

Name: Telefon: /

Vorname: Telefax: /

Straße: PLZ, Ort:

Wirkungskreis der Betreuung/Vollmacht:

.....

Haben sie eine Patientenverfügung?☐ Ja (Unterlagen beifügen) ☐ Nein**Kostenträger:**☐ aus eigenen Mitteln

Rechnungsempfänger:.....

☐ Bewilligungsbescheid der Pflegekasse
liegt vor (Kopie bitte beifügen)☐ Rentenbescheid☐ Sozialamt

..... Sachbearbeiter:

PLZ, Ort:

Wenn ja, welcher Pflegegrad? (bitte Nachweis beifügen):☐ kein☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5☐ Leistungen aus der Pflegeversicherung
wurden abgelehnt☐ beantragt am**Pflegebereich**☐ Einzelzimmer☐ Doppelzimmer**Voraussichtliche Aufenthaltsdauer:** ☐ befristet von..... bis☐ unbestimmt ab**Ihre frische Wäsche wird bei Einzug etikettiert.****Wie viele Wäscheetiketten benötigen Sie?**

.....Stück

Bitte die Wäsche zum Etikettieren direkt in der Wäscherei

Info: 1 Wäscheetikett kostet 0,50 Euro zzgl. ges.MwSt. Wir möchten in dem Fall darauf hinweisen,
dass wir nur gekennzeichnete Wäsche hier im Hause waschen können.

Bringen Sie bei Ihrem Einzug ein Radio oder einen Fernseher mit?☐ ja ☐ Fernseher (Digital) ☐ Radio☐ nein

Bitte beachten Sie, dass die Geräte vor Inbetriebnahme von unseren Haustechnikern geprüft werden müssen.

Wertgegenstände

Wir möchten sie bitten, keine großen Geldbeträge oder Wertgegenstände mitzubringen, da wir bei Verlust **keine Haftung übernehmen können**. Das Haus bietet zu Ihrer Entlastung eine sog. Bargeldverwaltung an. Wir legen Ihnen gerne ein Konto an, auf das Sie regelmäßig einzahlen und von dem wir entstehende Kosten begleichen (z.B. Frisörbesuche, Pflegemittel, Apothekenrechnung, Zuzahlung für Physiotherapeuten).

Wünschen Sie ein Telefon?

Kosten ca. 15€

☐ ja☐ nein**Wünschen Sie WLAN?**

Kosten ca. 10€

☐ ja☐ nein**Wünschen Sie Fußpflege?**☐ ja☐ nein**Wünschen Sie Friseurtermine?**☐ ja☐ nein.....
Ort, Datum.....
Unterschrift des Antragstellers.....
Unterschrift des Aufzunehmenden / oder Betreuers

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN ZUR AUFNAHME

Name, Vorname Geburtsdatum

Pflegegrad ☐0 ☐1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5

1. Kognition, Orientierung, Kommunikation

Bitte ankreuzen / ergänzen:

- ☐ voll orientiert
- ☐ zeitlich orientiert
- ☐ örtlich orientiert
- ☐ situativ orientiert
- ☐ zur Person orientiert
- ☐ zeitweise desorientiert
- ☐ dauerhaft desorientiert

Weitere Angaben:Bestehen Gedächtnisstörungen? ☐ ja ☐ neinBestehen Verwirrtheitszustände / Delirrisiko? ☐ ja ☐ neinBestehen Sprachstörungen / Aphasie / Dysarthrie? ☐ ja ☐ neinHörbeeinträchtigung? ☐ ja, mit Hilfsmittel kompensiert ☐ neinSehbeeinträchtigung? ☐ ja, mit Hilfsmittel kompensiert ☐ nein**Freitext:**

2. Mobilität und Beweglichkeit

Ist der Patient mobil?

- ☐ selbstständig
- ☐ mit Hilfsmittel
- ☐ mit teilweiser Hilfe
- ☐ mit vollständiger Hilfe

Verwendete Hilfsmittel:

- ☐ Rollator ☐ Rollstuhl ☐ Gehstock ☐ Unterarmgehstützen ☐ Bettlagerungshilfen
- ☐ sonstige: _____

Gibt es Einschränkungen durch:

- ☐ Paresen
- ☐ Kontrakturen
- ☐ Schmerzen
- ☐ Tremor
- ☐ Atemnot
- ☐ Schwindel
- ☐ Sturzrisiko
- ☐ sonstige: _____

Ist Transfer möglich?

- ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ nur mit Hilfsmittel ☐ nicht möglich

Freitext:

3. Krankheitsbezogene Anforderungen und Belastungen

Bitte angeben:

Relevante regelmäßige Kontrollen / Überwachungen notwendig?

☐ ja ☐ nein

Wenn ja: _____

Schmerzen vorhanden?

☐ nein ☐ ja, Lokalisation / Stärke / Häufigkeit:

Atemprobleme / Sauerstoffbedarf?

☐ nein ☐ ja: _____

Diabetes mellitus?

☐ nein ☐ ja

○ Blutzuckerkontrollen erforderlich? ☐ ja ☐ nein

○ Insulin / Antidiabetika? ☐ ja ☐ nein

Epilepsie / Krampfanfälle? ☐ ja ☐ nein

Herz-Kreislauf-Risiken? ☐ ja ☐ nein

Wund-/Dekubitusrisiko aus ärztlicher Sicht? ☐ ja ☐ nein

Thromboserisiko / Antikoagulation? ☐ ja ☐ nein

Infektionsrisiken / Isolationsrelevanz? ☐ ja ☐ nein

Schluckstörungen / Aspirationsrisiko? ☐ ja ☐ nein

Übelkeit / Erbrechen / Obstipation / Diarrhoe relevant? ☐ ja ☐ nein

Freitext:

4. Selbstversorgung

Bitte einschätzen / angeben:

Kann die Patientin / der Patient essen und trinken:

- | | |
|--|--|
| ☐ selbstständig | ☐ mit Anleitung |
| ☐ mit Unterstützung | ☐ nicht selbstständig |

Kann die Patientin / der Patient sich waschen / duschen / baden:

- | | |
|--|--|
| ☐ selbstständig | ☐ teilweise |
| ☐ überwiegend nicht | ☐ nicht möglich |

An- und Auskleiden:

- | | |
|---|------------------------------------|
| ☐ selbstständig | ☐ teilweise |
| ☐ benötigt Hilfe | |

Ausscheidung:

- | | |
|---|--|
| ☐ kontinent | ☐ inkontinent |
| ☐ Hilfsmittel erforderlich | ☐ Stoma vorhanden |
| ☐ DK / suprapubischer Katheter vorhanden | |

Besondere ärztliche Hinweise zur Ernährung / Kostform:

- | | |
|---|---|
| ☐ normal | ☐ Diabetikerkost |
| ☐ püriert | ☐ weich / passierte Kost |
| ☐ angedickte Flüssigkeiten | ☐ Trinknahrung |
| ☐ Sonstiges: _____ | |

Gewichtsverlauf / Mangelernährung / Dehydratation relevant?

- ☐ ja ☐ nein

Freitext:

5. Leben in sozialen Beziehungen / Verhalten / psychische Situation

Bestehen:

- ☐ Angst
- ☐ Depression
- ☐ Unruhe
- ☐ Aggressivität
- ☐ Rückzug
- ☐ Wahn / Halluzinationen
- ☐ Suchterkrankungen
- ☐ Schlafstörungen
- ☐ andere: _____

Gibt es Hinweise auf:

- ☐ Hinlauftendenz*
- ☐ Selbstgefährdung
- ☐ Fremdgefährdung
- ☐ nächtliche Unruhe

Freitext:

Der Patient/die Patientin sollte auf dem Demenzbereich aufgenommen werden

☐ ja ☐ nein

***Wir weisen darauf hin, dass wir keinen geschlossenen Bereich in der Einrichtung haben und keine Bewohnerinnen und Bewohner mit einer Hinlauftendenz aufnehmen können.**

6. Medikation / ärztliche Anordnungen

Diagnosen sowie die aktuelle Medikation dürfen Sie gerne auf einem separaten Ausdruck beilegen. Bitte bei der Bedarfsmedikation Dosierung und Anwendungsgrund klar benennen.

Allergien / Unverträglichkeiten:

Nahrungsmittelallergien / Unverträglichkeiten:

Impfstatus / relevante Prophylaxen / Schutzmaßnahmen:

Dekubitusrisiko ärztlich bekannt? ☐ ja ☐ nein

Wunden vorhanden? ☐ ja ☐ nein Falls ja, bitte Lokalisation und Art der Wunde beschreiben

Hauterkrankungen ☐ ja ☐ nein

Physiotherapie verordnet? ☐ ja ☐ nein

Ergotherapie verordnet? ☐ ja ☐ nein

Logopädie verordnet? ☐ ja ☐ nein

Hilfsmittel verordnet? ☐ ja ☐ nein

Welche? _____

Ständige Behandlung durch Fachärzte: (Wenn ja, durch welche?)

Freitext:

7. Besondere pflegerelevante ärztliche Hinweise

Größe

Gewicht

☐ Trinkmengendokumentation☐ Freiheitsentziehende Maßnahmen

Freitext:

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.
Ich werde weiterhin die ärztliche Betreuung im Rahmen von Hausbesuchen übernehmen:

☐ja ☐nein **Falls nein, teilen Sie dies bitte den Angehörigen/der Betreuerin bzw. dem Betreuer mit**

Ort.....

Datum.....

.....
Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

IK-Nr.: 510 715 435**Inkontinenz-Pauschale für Bewohnerinnen und Bewohner in der Langzeitpflege****Antrag auf Versorgung mit Vorlagen, Windeln und Windelhosen**

für Frau / Herrn _____

geboren am: _____

Die Verordnung von Inkontinenzartikeln zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse kommt in Betracht, weil:

- ☐ diese im direkten Zusammenhang mit der Behandlung einer Krankheit (bei Blasen- und/oder Darminkontinenz im Rahmen einer Dekubitusbehandlung oder bei Dermatitisbehandlung) notwendig werden.
- ☐ neben der Blasen- und/oder Darminkontinenz so schwere Funktionsstörungen (z.B. Halbseitenlähmung mit Sprachverlust) vorliegen, dass ohne Einsatz von Inkontinenzartikeln der Eintritt von Dekubitus oder Dermatitis droht, der Betroffene die Harn- und/oder Stuhlabgabe nicht kontrollieren und sich insoweit auch nicht bemerkbar machen kann.
- ☐ nur durch den Einsatz von Inkontinenzartikeln das allgemeine Grundbedürfnis der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben befriedigt werden kann. Daraus erfolgt, dass pflegebedürftige Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Inkontinenzartikeln haben, wenn sie – ggf. unter Zuhilfenahme von anderen Hilfsmitteln (Mobilitätshilfen) oder von Pflegepersonen – zu einer aktiven Teilnahme am gesellschaftlichen Leben (Teilnahme am gemeinsamen Essen, am Fernsehschauen, an Vorträgen, an Gemeinschaftsveranstaltungen o.ä.) in der Lage sind.
- ☐ Der Bedarf einer erhöhten Inkontinenzpauschale ist gegeben (ablaufende Inkontinenzmaterialien).

Es ist nicht so, dass die Inkontinenzartikel ausschließlich der Erleichterung hygienischer und pflegerischer Maßnahmen dienen.

Dauer der Verordnung:

☐ 1 Jahr ☐ 1/2 Jahr ☐ bis auf weiteres ☐ sonstiger Zeitraum

.....
Ort, Datum.....
Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes

BIOGRAPHIE

„Das Porträt wie die Biographie haben ein ganz eigenes Interesse. Der bedeutende Mensch, den man sich ohne Umgebung nicht denken kann, tritt einzeln abgesondert heraus und stellt sich vor uns wie vor einen Spiegel.“

-Johann Wolfgang von Goethe-

Name:

Abweichende Ansprache:.....

Kosenamen:

Muttersprache:.....

Wichtige Personen/ Ereignisse in Ihrem Leben

(z.B. enger Bezug zu Kinder, Enkel, Freunde, kein Kontakt zur Familie, Krieg, Flucht, Gewalt,...)

.....

.....

.....

.....

.....

Familienleben/Berufsleben/Wohnsituation

(z.B. Kinder, Ehemann, Freunde, Bekannte, Berufstätigkeit, Rente seit, Wohnort, Haus, Wohnung,...)

.....

.....

.....

.....

.....

Persönlichkeit/ Interessen/Hobbys/ Freizeitverhalten

(z.B. ruhig, ausgeglichen, dominant, Ausflüge, Bücher, Zeitung, Radio, Fernseher, Sammelleidenschaft,...)

.....

.....

.....

.....

Tagesablauf/ Rituale/ Gewohnheiten

(z.B. tgl. Zeitung lesen, Spaziergang am Nachmittag, um 17:00 einen Apfel essen, ...)

.....

.....

.....

.....

Wahrnehmung/ Vorlieben/Abneigungen

(z.B. Gerüche, Nähe/Distanz zu anderen, Körperberührung, hören, sehen, Geschmack,...)

.....

.....

.....

.....

.....

Ess/ Trinkgewohnheiten

(z.B. Essensmenge, Lieblingsessen, abgelehntes Essen, Zeiten, Häufigkeit, Tischkultur, mundgerechte Größe,...)

.....

.....

.....

.....

.....

Ruhe/ Schlafgewohnheiten

(z.B. Uhrzeit, Mittagsschlaf, Schlafstörung, Licht an, Rollläden hoch, dünne Decke, flaches Kissen, Liegeposition,...)

.....

.....

.....

.....

Körperpflege/ Pflegemittel/ Kleidung

(z.B. duschen, am Becken waschen, Häufigkeit, Haare waschen, kein Wasser im Gesicht, kaltes Wasser, Rasur, Zahnpflege, Lieblingskleidung, ...)

.....

.....

.....



**Deutsches
Rotes
Kreuz**

DRK-Landesverband
Rheinland-Pfalz e.V.
Seniorenzentrum
Rüdesheim

Henry-Dunant-Str. 2
55593 Rüdesheim
Tel: 0671 79639 0

Mail: info@seniorenzentrum-ruedesheim.drk.de

.....

Gibt es Situationen oder Reaktionen /Dinge über die wir Bescheid wissen sollten?

.....

.....

.....

Was wünschen Sie sich von uns?

.....

.....

.....

.....

Danke für Ihre Unterstützung ☺

Alphabetisch sortierte Liste aller Hausärzte die ins DRK-Seniorenzentrum Rüdesheim kommen

Sollte der jetzige Hausarzt bzw. Hausärztin nicht zu uns in die Einrichtung kommen, sind Sie dazu angehalten, sich selbst einen neuen Hausarzt zu suchen, bevor der Einzug in die Einrichtung ansteht!

Auf die Vollständigkeit der Liste geben wir keine Garantie. Sollten Sie noch einen Hausarzt, eine Hausärztin kennen, der Bewohner und Bewohnerinnen in unserer Einrichtung hausärztlich betreuen würde, melden Sie diese uns gerne.

Frau Dr. Behmanesh, Najiba	Telefon: 0671-481540
MVZ in Hargesheim	Telefon: 0671-92068600
Herr Dr. El-Karimy, Karim	Telefon: 0671-2014
Herr Dr. Findling, Alexej	Telefon: 06758272
Herr Dr. Görtz, Walter	Telefon: 0671-32984
Gem. Praxis Dres. Horbach, von Buch, Salem	Telefon: 0671-2040
Frau Dr. Kaisers, Gisela	Telefon: 0671-40090
Herr Dr. Kryston, Dariusz	Telefon: 0671-73066
Herr Dr. Kurz, Stefan	Telefon: 0671-921462
Herr Dr. Münch, Michael J.	Telefon: 06706-960031
Frau Dr. Schäfer, Alla	Telefon: 0671-841100
Herr Dr. Schreiner, Jakob	Telefon: 06758-8366
Frau Dr. Schumacher, Aleksandra	Telefon: 06727-5511
Herr. Dr. Tran, Nogoc Si	Telefon: 0671-839900
Herr Dr. Tukhi, Khalilulla	Telefon: 0671-8966906
Frau Dr. Margit, Umbreit-Luik	Telefon: 06707-1750