



Persönliche Checkliste für die Aufnahme in einem | " | α' - und Pflegeheim

Einrichtung: _____

Adresse: _____

Ansprechpartner: _____

Datum: _____

Fragen/zu klärende Punkte	ja	nein	geprüft
---------------------------	----	------	---------

Lage des Hauses

Zentral gelegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Entfernung Einkaufsmöglichkeiten/Banken/Post	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Entfernung Freizeitmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Entfernung Krankenhaus/Arztpraxen/Apotheken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Entfernung Grün-/Freizeitanlagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Entfernung Café/Gaststätten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ausreichend Parkplätze am Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Anmerkungen: _____

Ausstattung des Hauses

Anzahl der Heimplätze	_____		<input type="checkbox"/>
-----------------------	-------	--	--------------------------

Empfang/Pforte Tag und Nacht besetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Barrierefreie, alters- und rollstuhlgerechte			
--	--	--	--

Ausstattung (Haltegriffe, rutschsichere Böden usw.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Aufzug vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Garten/Hof/Außenanlagen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Rollstuhl und Gehhilfen geeignet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
----------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sicherheit des Hauses (Lichtschranken, Kameras etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Anmerkungen: _____

Fragen/zu klärende Punkte	ja	nein	geprüft
---------------------------	----	------	---------

Wohnqualität im Haus

Öffentliche Räumlichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angenehme, freundliche, ruhige Atmosphäre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geräuschkulisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Respektvoller Umgang mit den Heimbewohnern, z. B. Anrede mit »Sie«	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beachten der Privatsphäre, z. B. Anklopfen an der Zimmertür	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wohn- oder Krankenhauscharakter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Haustiere erlaubt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:			

Zusätzliche Räume

Wohnzimmer, Speiseraum, Fernsehraum usw.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es ein hausinternes Café, Restaurant, Kiosk	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Raum für Privatfeiern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Übernachtungsräume für Angehörige vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teeküche für Aufbewahrung und Zubereitung von eigenen Speisen vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisör und Fußpflege im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abschiedsraum für Angehörige von Verstorbenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:			

Der eigene Wohnraum

Zimmergröße- und -ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Einzel-, Doppel-, Mehrbettzimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lage des Raumes, hell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Balkon oder Terrasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Telefon-, Computer- und Fernsehanschluss	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mitbringen eigener Möbel, Gardinen usw. möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zimmerreinigung (Wie oft?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zimmer abschließbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rufanlage am Bett	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmerkungen:			

Fragen/zu klärende Punkte	ja	nein	geprüft
---------------------------	----	------	---------

Pflege/Betreuung der Heimbewohner

Betreuung zu jeder Zeit (Tag, Nacht, Wochenenden)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Anzahl der anwesenden Mitarbeiter nachts und an Wochenenden	_____		<input type="checkbox"/>
--	-------	--	--------------------------

Anzahl der Mitarbeiter – Verhältnis Pflegekraft zu Heimbewohnern	_____		<input type="checkbox"/>
---	-------	--	--------------------------

Freie Arztwahl möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Aktivierende Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Allgemeiner Eindruck der Heimbewohner	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sterbebegleitung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Anmerkungen:

Sozialdienst

Fahrdienst z. B. Hausbus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Regelmäßige Feste und Feiern im Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ausflugsangebote	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Regelmäßige Freizeitangebote Kultur, Kreativität etc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Gottesdienste/Andachten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Seelsorgerische Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Kommen Besuchsdienste ins Haus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Anmerkungen:

Speisen

Anzahl der Speisen	_____		<input type="checkbox"/>
--------------------	-------	--	--------------------------

Menüwahl möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Können Menüvorschläge eingebracht werden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Werden spezielle Wünsche berücksichtigt (Diät ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Sind Getränke bei den Mahlzeiten inklusiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Wo und wie werden Mahlzeiten eingenommen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Zusätzliche Kosten bei Zimmerservice	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Ist auch Selbstversorgung möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----------------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Anmerkungen:

Fragen/zu klärende Punkte ja nein geprüft

Wäschediens

Reinigung der persönlichen Wäsche – inklusiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostenübernahme bei spezieller Reinigung, z. B. chemische Reinigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kennzeichnung der persönlichen Wäsche inklusiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Bettwäsche und Handtücher gestellt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Werden Ausbesserungsarbeiten an Kleidungen getätigt – wie hoch sind die Kosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen:

Heimvertrag und Heimordnung

Heimvertrag (verständlich)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausordnung (verständlich?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Besteht ein Versorgungsvertrag mit der Pflegekasse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmeldevoraussetzung/Beschränkungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anmeldefristen/Wartezeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es Anmeldegebühren/Kautio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige Kosten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regelung für Zeiten der Abwesenheit (Krankenhaus, Urlaub, Erstattung von ersparten Aufwendungen ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Probewohnen möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gibt es einen Heimbeirat (zur Vertretung der Heimbewohnerinteressen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Was passiert mit den Möbeln von Verstorbenen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Anmerkungen:



Seniorenbüro der Stadt Bergisch Gladbach

Konrad-Adenauer-Platz

51439 Bergisch Gladbach

Telefon 02202/14-2319

E-Mail: c.cichy-betten@stadt-gl.de

Öffnungszeiten : Mo. Mi., Do. und Fr. 9:00 - 12:00 Uhr, Dienstag geschlossen