



Sozialgemeinschaft  
Schiltach / Schenkenzell e.V.

# Der Ambulante Dienst



Sozialgemeinschaft Schiltach/Schenkenzell e.V. Vor Ebersbach 1 77761 Schiltach

Tel.: 07836- 93 93 0 Mail: [info@sgs-schiltach.de](mailto:info@sgs-schiltach.de) [www.sgs-schiltach.de](http://www.sgs-schiltach.de)





# Herzlich Willkommen im Ambulanten Dienst der Sozialgemeinschaft Schiltach/Schenkenzell e.V.

Der Ambulante Dienst bietet sämtliche Leistungen rund um das Thema häusliche Pflege und Betreuung an.

Unser wichtigstes Anliegen in unserer täglichen Arbeit ist es, die Lebensqualität unserer Kunden, ob jung oder alt, und die Angehörigen zu sichern.

Dabei richtet sich unser Handeln nach Ihnen individuellen Vorstellung, ob bei Ihnen zu Hause oder in unseren barrierefreien Wohnungen. Wir bieten Ihnen Geborgenheit und Privatsphäre ganz nach Ihren persönlichen Wünschen und Vorstellungen.

Sie gestalten ihren Tagesablauf wie Sie möchten und wir helfen Ihnen dabei. Individuelle pflege für Individuelle Persönlichkeiten das ist unsere Profession.

Für Ihre Grund- und Behandlungspflege steht Ihnen unser einfühlsames Fachpersonal zur Seite.

Um unsere Qualität zu erhalten und zu verbessern, sind regelmäßige Fort- und Weiterbildungen für unsere Mitarbeiter selbstverständlich.

Gerne wollen wir Ihnen umfassende Informationen über unsere Serviceleistungen dieser Mappe zur Verfügung stellen. Selbstverständlich stehen wir bei Fragen jederzeit zur Verfügung.

**Uli Esslinger**  
Geschäftsführende Leitung



**Uli Esslinger**  
Geschäftsführende Leitung



**Claudia Hettich**  
Pflegedienstleitung  
Ambulanter Dienst



**Dayanna Joyce Rangel- Danner**  
Pflegedienstleitung  
Ambulanter Dienst



# Informationsschreiben

## Des ambulanten Dienstes der Sozialgemeinschaft Schiltach/Schenkenzell e.V.

Unsere Versorgung und Einzugsgebiet umfasst die Stadt Schiltach, Gemeinde Schenkenzell, sowie die anliegenden Gemeinden je nach Anfrage.

Um Leistungen umfassen die ambulante Pflege, sowie die häusliche Hilfe können von pflegebedürftigen Menschen (generationsunabhängig) in Anspruch genommen werden.

Wir möchten Ihnen mit Rat und Tat zur Seite stehen. Einige Fragen können anhand dieser Informationsmappe vielleicht schon beantwortet werden.

Sollten Sie weitergehende Fragen haben, setzen Sie sich gern mit uns in Verbindung.

Folgende Unterlagen möchten wir Ihnen mit auf den Weg geben:

- Aufnahme Fragebogen
- Ärztlicher und zahnärztlicher Fragebogen

**Dayanna Joyce Rangel-Danner -**

Pflegedienstleitung Ambulanter Dienst-

Tel.: 07836/93 93- 40

Fax.: 07836/93 93- 45

Mail: [pdlambulanterdienst@sgs-schiltach.de](mailto:pdlambulanterdienst@sgs-schiltach.de)



# Patientenaufnahmebogen

(Bitte alle Angaben vollständig ausfüllen)

## Patientenbezogene Daten

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Welche Leistungen werden beansprucht?  
(bitte zutreffendes ankreuzen)

Pflegegrad vorhanden?  ja  nein PG: \_\_\_\_\_

Leistungen nach SGB V  ja  nein  
Leistungen nach SGB VI  ja  nein  
Beratung nach §37,3  ja  nein

Nachbarschaftshilfe  ja  nein  
Menü für Zuhause  ja  nein

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

E-Mail

Tel. Nr.

Fax (wenn vorhanden)

## Gerichtliche Vertreter/ in- gestellter Betreuer/ in- Patientenverfügung

Name

Vorname

Straße/ Nr.

PLZ/ Wohnort/ Ortsteil

E-Mail

Tel. Nr. privat

Tel. Nr. mobil

Art der Vollmacht (Nachweis bitte beifügen!)

Patientenverfügung ist vorhanden (bitt Kopie beifügen!)  ja  nein

## Kontaktdaten Ansprechpartner/ in

1.

Name

Vorname

Vollmacht vorhanden  ja  nein

Verwandtschaftsgrad

Straße/ Nr.

PLZ/ Wohnort/ Ortsteil

E-Mail

Tel. Nr. privat

Tel. Nr. mobil

2.

Name

Vorname

Vollmacht vorhanden  ja  nein

Verwandtschaftsgrad

Straße/ Nr.

PLZ/ Wohnort/ Ortsteil

E-Mail

Tel. Nr. privat

Tel. Nr. mobi

3.

Vollmacht vorhanden  ja  nein



Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_  
Verwandtschaftsgrad \_\_\_\_\_ Straße/ Nr. \_\_\_\_\_ PLZ/ Wohnort/ Ortsteil \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_ Tel. Nr. privat \_\_\_\_\_ Tel. Nr. mobil \_\_\_\_\_  
Kranken- und Pflegekasse  
Name der Kasse \_\_\_\_\_ Ver. Nr. \_\_\_\_\_ ggf. Ansprechpartner \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Befreiung von Rezeptgebühren liegt vor  ja  nein

Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI ist anerkannt seit: \_\_\_\_\_

Pflegebedürftigkeit nach § 14 SGB XI wurde beantragt am: \_\_\_\_\_

Pflegehilfsmittel werden bzw. wurden geliefert von (bitte Sanitätshaus angeben!)

Pflegehilfsmittel werden benötigt  ja  nein Pflegehilfsmittel sind vorhanden  ja  nein

Welche? \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_

Kostenregelung bei Übernahme der Versorgung

**Achtung- unbedingt ausfüllen!**

- Kostenübernahme durch Pflege/ Krankenkasse
- eigenes Einkommen
- Leistungen vom Versorgungsamt Art: \_\_\_\_\_
- Kostenübernahme vom Sozialamt in \_\_\_\_\_ am \_\_\_\_\_ beantragt.

Über wen soll die Rechnungserstellung des Eigenanteils geregelt werden?

selbst  1. Ansprechpartner/ in  2. Ansprechpartner/ in  3. Ansprechpartner/ in

Bankverbindung

BIC \_\_\_\_\_ IBAN \_\_\_\_\_

Haben Sie besondere Wünsche oder Anregungen? (z.B. Wunschzeit des Hausbesuchs, besondere Versorgung, Vorlieben zur Versorgung)

-Alle Angaben entsprechen den Tatsachen! -

Bankverbindung:

Volksbank Kinzigtal IBAN DE82664927000030401700- BIC GENODE61KZT  
Sparkasse Wolfach IBAN DE476645277600001061556- BIC SOLADES1WOF

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

Unterschrift \_\_\_\_\_

# Ärztlicher Fragebogen

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geb.datum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

## Erschwerisfaktoren/ besondere Hinweise

Gehörlosigkeit       Sehbeeinträchtigung       Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg       Größe \_\_\_\_\_

Allergien: \_\_\_\_\_

Implantate: \_\_\_\_\_

<b>Körperpflege:</b>	<b>Hilfebedarf</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Teilwaschung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ganzkörperwäsche		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kämmen/ rasieren		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mund/ Zahnpflege		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>Darm-/ Blasenentleerung</b>	<b>Hilfebedarf</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>
Benutzung von Hilfsmitteln (z.B. Toilettensstuhl, Urinflasche)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intimpflege/ Richten der Kleidung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urininkontinenz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
Stuhlinkontinenz <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja			
versorgt mit:	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Inkontinenzartikel

Folgende Hilfsmittel befinden sich in Ihrem Besitz:

Rollator       Rollstuhl       Toilettensstuhl       Gehstock  
 elektr. Schiebehilfe       Weichlagerungsmatratze       BZ- Gerät       Inhalator  
 Sauerstoffgerät     Sonstiges \_\_\_\_\_

Sturzgefahr:       ja       nein  
Kontrakturen     Lokalisation: \_\_\_\_\_

Dekubitus       Lokalisation: \_\_\_\_\_

Lähmungen       Lokalisation: \_\_\_\_\_

### Pflegerelevante Störungen in folgenden Bereichen:

Sehvermögen       Tag-/Nachtrhythmus       psychomotorische Unruhe     Ängste  
 Hörvermögen       Kooperationsbereitschaft       Selbst-/Fremdgefährdung  
 Sprachvermögen     Tagesstrukturierung       Weglauftendenz

**Orientierung**       zeitlich       örtlich       situativ       persönlich  
**Erläuterungen:**

### Suchterkrankungen:

Alkohol       Medikamente     Nikotin       Sonstige \_\_\_\_\_

Liegt ein richterlicher Beschluss zu einer freiheitseinschränkenden Maßnahme vor?     ja     nein

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

Ist der/ die Patientin frei von ansteckenden Krankheiten (IfS Gesetz)?     ja     nein



**Medikamente:**

**Bitte aktuellen ärztlichen Medikamentenplan anfügen, da sonst keine Aufnahme möglich ist!**

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Stempel Hausarzt/ Hausärztin  
Unterschrift Klinikarzt/ Klinikärztin

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Pflegefachkraft  
(falls Patientin z.Zt. im Krankenhaus)

