



**AUF  
DER  
BULT**

**ÆGIDIUS-  
HAUS**

Aegidius-Haus GmbH · Janusz-Korczak-Allee 12 · 30173 Hannover

Tel.: +49 511 8997-3744  
Fax: +49 511 8997-3743  
[Verwaltung.Aegidius-Haus@hka.de](mailto:Verwaltung.Aegidius-Haus@hka.de)  
[www.aegidius-haus.de](http://www.aegidius-haus.de)

## **Anfrage für einen Aufenthalt Ihres Kindes im Aegidius-Haus**

Liebe Angehörige unserer Gäste, liebe Eltern,

es freut uns, dass Sie sich für einen Aufenthalt zur Kurzzeitpflege im Aegidius-Haus interessieren.

Ob das Aegidius-Haus für Ihr Kind geeignet ist, möchten wir im Rahmen eines Gespräches mit Ihnen klären. Um uns auf dieses Gespräch vorbereiten zu können, möchten wir Sie bitten, auf den folgenden Seiten vorab einige Fragen zu beantworten.

Außerdem möchten wir Sie bitten, uns zusammen mit der Beantwortung der Fragen einen aktuellen und umfassenden ärztlichen Bericht über Ihr Kind zukommen zu lassen, um die aktuelle Situation und den Bedarf Ihres Kindes besser einschätzen zu können.

Nach unserem Gespräch senden wir Ihnen dann ausführliche Unterlagen und Informationen zu.

Vielen Dank für Ihre Mithilfe.

Freundliche Grüße

*Dr. Marion Hilmer und Dr. Stephan Springer  
für das Team des Aegidius-Hauses*

**Aegidius-Haus AUF DER BULT GmbH**  
Geschäftsführerin: Dr. Marion Hilmer  
Ärztlicher Geschäftsführer: Dr. Stephan Springer  
Janusz-Korczak-Allee 12  
30173 Hannover  
[www.aegidius-haus.de](http://www.aegidius-haus.de)

**Bankverbindung**  
Sparkasse Hannover  
IBAN: DE13 2505 0180 0910 2247 81  
BIC: SPKHDE2HXXX  
**Spendenkonto** Aegidius-Haus  
IBAN: DE55 3702 0500 0001 3973 00



Der Lions Club Hannover Aegidius ist  
Mit-Begründer des Aegidius-Hauses.

**Spendenkonto** Lions Club Aegidius  
IBAN: DE36 2509 0500 0001 9221 06



**AUF  
DER  
BULT**

**AEGIDIUS-  
HAUS**

## **Aufnahmeanfrage**

Datum: \_\_\_\_\_

### **Gastkind:**

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

### **Eltern/Sorgeberechtigte/bevollmächtigte Ansprechpartner**

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_

Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Mail: \_\_\_\_\_



**AUF  
DER  
BULT**

**AEGIDIUS-  
HAUS**

### **Familiäre Situation:**

Geschwisterkinder (mit Alter):

---

---

Elternsituation:

- zusammenlebend                       getrennt lebend  
 alleinerziehend                       Pflegeeltern

Erziehungsberechtigte:

- Mutter                                       Vater  
 beide                                         andere

Das Kind lebt:

- zu Hause                                       im Heim oder Internat

### **Erkrankungen/ Diagnosen:**

Diagnosen:

---

---

---

---

---

Ambulante Behandlung bei:

- Neuropädiater                       SPZ                                       andere

Stationäre Behandlung:

zuletzt wann \_\_\_\_\_ wegen \_\_\_\_\_

Pflegegrad/seit wann:

---

Grad der Behinderung/Merkzeichen:

---

Körpermaße:

Größe \_\_\_\_\_ Gewicht \_\_\_\_\_

Einzelbegleitung (Schule/Kita):

- Ja     Nein

Außerklinische Intensivpflege:

- Ja     Nein



**Pflege und Behandlung:**

Wird Ihr Kind parenteral (über die Vene) ernährt?  Ja  Nein

Wird Ihr Kind über eine Sonde (PEG/ PEJ) ernährt?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind einen künstlichen Darmausgang?  Ja  Nein

Erhält Ihr Kind eine Spezialdiät (z.B. ketogene Ernährung)?  Ja  Nein

Trägt Ihr Kind Windeln?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind ein Tracheostoma?  Ja  Nein

Hat Ihr Kind Sauerstoffbedarf?  Ja  Nein

Erhält Ihr Kind z.B. nachts eine Atemunterstützung?  Ja  Nein

Wenn ja, wie wird es beatmet?  
 invasiv  
 nicht invasiv

Muss Ihr Kind regelmäßig abgesaugt werden?  Ja  Nein

Wird Ihr Kind per Monitoring überwacht?  Ja  Nein

Benötigt Ihr Kind weitere medizinische Geräte?  Ja  Nein

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

Wird Ihr Kind zuhause von einem Pflegedienst betreut?  Ja  Nein

Wenn ja, wieviele Stunden pro Tag? \_\_\_\_\_

Liegt die Diagnose Epilepsie vor?  Ja  Nein

Hatte Ihr Kind jemals einen Status epilepticus?  Ja  Nein

Ist ein Notfallmedikament erforderlich?  Ja  Nein

Wieviele epileptische Anfälle hat ihr Kind pro Woche? \_\_\_\_\_

Wie oft ist ein Notfallmedikament erforderlich? \_\_\_\_\_

Hat Ihr Kind einen resistenten Keim (z.B. MRSA)  Ja  Nein



**AUF  
DER  
BULT**

**AEGIDIUS-  
HAUS**

- Ist Ihr Kind gegen Masern geimpft?  Ja  Nein  
Hat Ihr Kind Allergien (wenn ja, welche)?  Ja  Nein
- 

- Zeigt Ihr Kind autistische bzw. herausfordernde Verhaltensweisen?  Ja  Nein  
Zeigt Ihr Kind Selbstgefährdung oder Fremdgefährdung?  Ja  Nein  
Hantiert Ihr Kind mit seinen Ausscheidungen?  Ja  Nein  
Besteht eine Tendenz zum Weglaufen?  Ja  Nein  
Erhält Ihr Kind Psychopharmaka (wenn ja, welche)?  Ja  Nein
- 

- Hat Ihr Kind Einschlaf- oder Durchschlafschwierigkeiten?  Ja  Nein

- Ist Ihr Kind dauerhaft auf einen Rollstuhl angewiesen?  Ja  Nein  
Benötigt Ihr Kind ein Pflegebett?  Ja  Nein  
Kann Ihr Kind frei sitzen?  Ja  Nein  
Kann Ihr Kind ohne Hilfsmittel frei laufen?  Ja  Nein  
Ist eine Patientenverfügung vorhanden?  Ja  Nein

- Spricht Ihr Kind?  Ja  Nein  
Benutzt Ihr Kind einen Talker?  Ja  Nein

- Besucht Ihr Kind eine Einrichtung (Kita/ Schule)  Ja  Nein  
War Ihr Kind schon einmal von Ihnen getrennt?  Ja  Nein  
Hat Ihr Kind große Trennungsschwierigkeiten?  Ja  Nein  
War Ihr Kind schon einmal in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung?  Ja  Nein  
Welche Therapien erhält Ihr Kind regelmäßig? (z.B. Logo, Ergo)  Ja  Nein  
Wenn ja, welche?
- 

Herzlichen Dank für Ihre Auskünfte!