

Anmelde- / Aufnahmeformular

Bitte komplett ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen!

Kurzzeitpflege von _____ bis _____

Daueraufenthalt nach Kurzzeitpflege geplant Ja Nein

Vollstationäre Pflege voraussichtlich ab _____

Einzelzimmer Doppelzimmer

Wohnbereich Intensivpflegebereich

Persönliche Daten des Bewohners / der Bewohnerin

Familienname _____

Vorname _____

Geburtsname _____

Adresse _____

Telefon _____ Nationalität _____

Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Familienstand _____ Konfession _____

Derzeitiger Aufenthalt (wenn abweichend) _____

1. Bezug

Name _____ Wie verwandt _____

Adresse _____

E-Mail _____

Telefon _____ Handy _____

Nächste(r) Angehörige(r) (1)

Name _____ Wie verwandt _____

Adresse _____

E-Mail _____

Telefon _____ Handy _____

Nächste(r) Angehörige(r) (2)

Name _____ Wie verwandt _____

Adresse _____

E-Mail _____

Telefon _____ Handy _____

Nächste(r) Angehörige(r) (3)

Name _____ Wie verwandt _____

Adresse _____

E-Mail _____

Telefon _____ Handy _____

Betreuer(in) (vom Amtsgericht bestellt)

Betreuer(in) (bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich) 1. Bezug Angehörige(r) (1) Angehörige(r) (2) Angehörige(r) (3)

Aktenzeichen: _____ (Kopie Betreuungsausweis beilegen!)

Aufgabenkreis gemäß Betreuungsausweis (bitte ankreuzen)

 Gesundheitsvorsorge Vermögenssorge Aufenthaltsbestimmung Post Behörden Wohnung Sonstiges:**Sonstige(r) Betreuer(in)** (falls obige Auswahl nicht zutreffend, bitte ausfüllen)

Name _____ Wie verwandt _____

Adresse _____

E-Mail _____

Telefon _____ Handy _____

Aktenzeichen: _____ (Kopie Betreuungsausweis beilegen!)

Aufgabenkreis gemäß Betreuungsausweis (bitte ankreuzen)

 Gesundheitsvorsorge Vermögenssorge Aufenthaltsbestimmung Post Behörden Wohnung Sonstiges:

Bevollmächtigte(r)

Bevollmächtigte(r) (bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

1. Bezug Angehörige(r) (1) Angehörige(r) (2) Angehörige(r) (3)

Aufgabenkreis der Vorsorge- oder Generalvollmacht (bitte ankreuzen und Kopie beilegen!)

Gesundheitsvorsorge Vermögenssorge Aufenthaltsbestimmung

Post Behörden Wohnung

Sonstiges:

Sonstige(r) Bevollmächtigte(r) (falls obige Auswahl nicht zutreffend, bitte ausfüllen)

Name _____ Wie verwandt _____

Adresse _____

E-Mail _____

Telefon _____ Handy _____

Aufgabenkreis der Vorsorge- oder Generalvollmacht (bitte ankreuzen und Kopie beilegen!)

Gesundheitsvorsorge Vermögenssorge Aufenthaltsbestimmung

Post Behörden Wohnung

Sonstiges:

Krankenkasse / Pflegekasse / Gesundheitszustand

Name _____ Versicherten-Nr. _____

Adresse _____

Telefon _____

Befreiung von Rezeptgebühren (Kopie beilegen!) Ja Nein

Corona Anzahl der Impfungen: _____ Letzte Impfung am: _____

Pflegegrad Kein 1 2 3 4 5 Unbekannt

Einstufung / Höherstufung beantragt am: _____ und gestellt von: _____

Merkmale Orientiert Desorientiert Weglauftendenz
 Mobil Bettlägerig Dekubitus/Wunden
 Beatmung Selbstgefährdung Fremdgefährdung

Pflegehilfsmittel Rollator Rollstuhl PEG-Sonde O₂-Generator

Beschluss (Amtsgericht) Fixierungsbeschluss Unterbringungsbeschluss

Ansteckende Krankheiten Keine MRSA Sonstige: _____

Diagnosen / Erkrankungen _____

Hausarzt

Name _____

Adresse _____

Telefon _____ Fax _____

Ist ein Hausarztwechsel erwünscht? Ja Nein

Zusätze Beatmung / Intensivpflege

Provider Beatmungsgerät _____

Art der Beatmung spontan invasiv (unterstützend)

Dauer der Beatmung 24 Stunden zur Nacht

anderer Zeitraum: _____

Kostenträger

Es wird **KEINE** Unterstützung durch das Sozialamt bezogen oder beantragt

Es wird Unterstützung durch das Sozialamt bezogen oder beantragt

Sitz und Ort _____

Antrag auf Kostenübernahme ist gestellt am: _____

Rechnungsempfänger(in) (bitte ankreuzen)

Bewohner(in) 1. Bezug Angehörige(r) (1) Angehörige(r) (2) Angehörige(r) (3)

Sonstige(r) Betreuer(in) Sonstige(r) Bevollmächtigte(r)

Sonstige(r) Rechnungsempfänger(in) (falls obige Auswahl nicht zutreffend, bitte ausfüllen)

Name _____

Adresse _____

Telefon _____ Handy _____

Sonstiges

- Patientenverfügung (Kopie beilegen!) Ja Nein
- Betreuungsverfügung (Kopie beilegen!) Ja Nein
- Sonstige Vollmachten (Kopie beilegen!) Ja Nein wenn ja, welche:
- Wäschekennzeichnung in Einrichtung Ja Nein

Rentenstelle _____

Rentenversicherungsnummer

Altersrente	Betriebsrente
_____	_____
Witwenrente	Sonstige
_____	_____

- Interesse an Beratungstermin Ja Nein
- Interesse an Besichtigung unseres Hauses Ja Nein
- Wie haben Sie von uns gehört Mund zu Mund Internet Zeitung
- Weitere: _____

Wer stellt den Antrag für den Aufzunehmenden

Antragsteller(in) (bitte ankreuzen)

Wichtig: Nur Bewohner oder gesetzl. Vertreter!

Bewohner(in) 1. Bezug Angehörige(r) (1) Angehörige(r) (2) Angehörige(r) (3)

Sonstige(r) Betreuer(in) Sonstige(r) Bevollmächtigte(r)

Sonstige(r) Antragsteller(in) (falls obige Auswahl nicht zutreffend, bitte ausfüllen)

Name _____

Adresse _____

E-Mail _____

Telefon _____ Handy _____

Diese Anmeldung ist **verbindlich**! Alle Angaben entsprechen den Tatsachen!

Mit der Unterzeichnung dieses Aufnahmeformulars werden bei Nichtunterzeichnung des Heimvertrags Kosten in Höhe von 5 Tagen Bettengeld in Rechnung gestellt.

Die Ihnen ausgehändigte Information zur Verarbeitung Ihrer Daten durch unsere Einrichtung findet Anwendung.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der E-Mail-Versand unverschlüsselt erfolgt.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Bitte überzeugen Sie sich vor Abgabe dieses Anmelde-/Aufnahmeformulars, dass alle Fragen vollständig beantwortet und die erforderlichen Auswahlkästchen angekreuzt wurden!

Dieses Aufnahmeformular und den ärztlichen Bericht inklusive dem ärztlichen Attest, dass Sie frei von ansteckenden Krankheiten sind, zusenden oder am Empfang bzw. in der Verwaltung abgeben.