

Anmeldung zur Heimaufnahme

Name: _____ **Vorname:** _____ **Geb.Name:** _____

Geb.: _____ **Geb.Ort:** _____ **Fam.Stand:** _____

Einzug am: _____ **WB:** _____ **Zi.Nr.:** _____ **DZ** ☐ **EZ** ☐ **K. EZ** ☐

Konfession: _____ **Staatsangehörigkeit:** _____

Bisheriger Wohnort: _____

Vollstationäre Aufnahme ☐ **Probewohnen** ☐ **Verhinderungspflege** ☐

Pflegegrad **1** **2** **3** **4** **5** **Härtefall** ☐ **Sind Sie Beihilfeberechtigt** ☐

Pflegekasse: _____ **Vers. Nr.:** _____ **§ 43b** ☐

Weitere Kostenträger / Rechnungsempfänger: **Sozialamt** ☐ **privat** ☐

Ggf. Name / Adresse: _____

Ansprechpartner ☐ **wie Verwandt?** _____ **Betreuer:** ☐

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____ **Handy:** _____ **E-Mail:** _____

Vorsorgevollmacht: ☐ **Vollmacht für einzelne Bereiche** ☐ **Welche:** _____

Benachrichtigung: **Tag** ☐ **und** **Nacht** ☐

Rezeptgebührenbefreit? **Nein** ☐ **Ja** ☐

Behandelnder Arzt / Adresse: _____

Zukünftig Arzt der Einrichtung gewünscht: **Ja** ☐ **Nein** ☐

Corona Impfung vorhanden? **Ja** ☐ **Nein** ☐ **gewünscht?** **Ja** ☐ **Nein** ☐

Facharztbetreuung erforderlich: **Ja** ☐ **Nein** ☐ **Fachrichtung:** _____

Allergien bekannt _____

Heparin ☐ **Marcumar** ☐ **Herzschrittmacher** ☐ **Insulinpflichtig** ☐ **Inkontinenz** ☐

Kostform: **Vollkost** ☐ **Schonkost** ☐ **Diabeteskost** ☐ **Sondennahrung** ☐

Unverträglichkeiten: _____

Patientenverfügung vorhanden? Ja ☐ Nein ☐

Schwerbehindertenausweis Ja ☐ gültig bis: _____ Nein ☐

Gewünschtes Bestattungsinstitut: _____ Tel.: _____

Empfehlung durch die Einrichtung gewünscht: Ja ☐ Nein ☐ Später ☐

Mitgebrachte Hilfsmittel: Rollstuhl ☐ Eigentum ☐ Krankenkasse ☐

Gehwagen ☐ Eigentum ☐ Krankenkasse ☐

Sonstiges: _____

Post an: Bewohner: ☐ Betreuer / Angehörige (zur Abholung in der Einrichtung hinterlegt): ☐

Zukünftig Haftpflichtversicherung über die Einrichtung gewünscht? Ja ☐ Nein ☐ / Kostenpflichtig

Wäscherei / Reinigung: Wäscheaufbereitung in der Einrichtung: Ja ☐ Nein ☐

Bemerkungen: _____

Friseur: Ja ☐ Nein ☐ / Kostenpflichtig

Maniküre Ja ☐ Nein ☐ / Kostenpflichtig

Pediküre Ja ☐ Nein ☐ / Kostenpflichtig

Podologie Ja ☐ Nein ☐ / Kostenpflichtig

Pflegeartikel besorgen privat ☐ übers Haus ☐

Sonstiges: _____ Medikamentenplan (bitte beilegen) ☐

Freiheitsentziehende Maßnahmen: Beschluss vom Amtsgericht liegt vor: Ja ☐ Nein ☐

Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?

- ☐ Krankenhaus/Kurzzeitpflege/amb. Pflegedienst
- ☐ Hausarzt/Facharzt/Betreuungsbehörde/Betreuer
- ☐ Beratungsstelle/Apotheke/Physiotherapie
- ☐ Bekannte/Familie
- ☐ Internet/Eigenrecherche

Verteiler: Verwaltung / WB (Kopie)