



Anmeldeformular

Bitte alle Fragen vollständig und wahrheitsgemäß ausfüllen
-Vielen Dank für Ihre Mithilfe-

zur stationären Heimaufnahme

zur Kurzzeitpflege

Gewünschter Einzugstermin: _____

Name und Vorname(n) des Bewohners:	
Geburtsdatum und Ort:	
Hauptwohnsitz: Strasse: PLZ: Telefonnummer:	
derzeitiger Aufenthaltsort, falls abweichend: (Krankenhaus, Heim) Name und Anschrift	
Familienstand/ Konfession	
Letzte Eheschließung:	am: _____ in: _____
Staatsangehörigkeit:	
Erlerner Beruf/ Zuletzt ausgeübter Beruf:	
Beruf des Ehepartners:	
Kinder mit Anzahl:	

Angehörige:	Wie verwandt?: _____	Vor -und Zuname: _____
	Telefon: _____	Anschrift: _____
Angehörige:	Wie verwandt?: _____	Vor -und Zuname: _____
	Telefon: _____	Anschrift: _____
Gesetzlicher Betreuer / Bevollmächtigter (bestellt durch Amtsgericht) Name: Anschrift: Telefon: Bitte Betreuungsausweis in Kopie beilegen		

Krankenkasse mit Ortsangabe:	
Versicherungsverhältnis: (gesetzlich / privat)	
Mitgliedsnummer/ Versicherungsnummer	
Beihilfeberechtigt:	Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Zu welchem Prozentsatz: _____ Bezugsstelle: _____
Befreit von Zuzahlungen von Rezeptgebühren?	Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>

Monatliches Einkommen:	_____ € Art des Einkommens: _____ Betrag: _____
	_____ € Art des Einkommens: _____ Betrag: _____
	_____ € Art des Einkommens: _____ Betrag: _____
Gewünschte Wohneinheit:	<input type="radio"/> Einzelzimmer <input type="radio"/> Doppelzimmer
Mitgebrachte Wertgegenstände:	
Mitgebrachtes Bargeld:	€ _____
Wer verwahrt das Geld:	<input type="radio"/> Bewohner <input type="radio"/> Verwaltung des Heimes <input type="radio"/>
Wird Unterstützung durch Sozialhilfe bezogen:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> nein beantragt am: _____
Zuständiges Sozialamt:	
Straße _____ PLZ/Ort _____	
Pflegestufe: (bitte Bescheid in Kopie beifügen)	<input type="radio"/> I seit _____ <input type="radio"/> II seit _____ <input type="radio"/> III seit _____ <input type="radio"/> Keine Beantragt: <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, am _____

Welche unterbringungsähnlichen Maßnahmen/Fixierungen sind erforderlich?	
Wer stellt den Antrag?	
In welcher Eigenschaft?	
Verwendet der Bewohner Hilfsmittel zur Fortbewegung (Gehwagen, Rollstuhl usw.)?	Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Nämlich: _____
Verwendet der Bewohner Hilfsmittel eine Brille oder ein Hörgerät?	Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Nämlich: _____
Verwendet der Bewohner weitere Hilfsmittel (Toilettenstuhl, Dauerkatheder, Dekubitusmatratze usw.)?	Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Nämlich: _____
Verwendet der Bewohner Prothesen?	Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Nämlich: _____
Hausarzt	
Weitere Ärzte	
Allergien:	
Diät erforderlich	
Sind therapeutische Maßnahmen notwendig? (Krankengymnastik, Ergotherapie usw.)	Ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Nämlich: _____

Ort/Datum _____ **Unterschrift** _____

Selbstverständlich behandeln wir Ihre Angaben vertraulich!
-Die Bestimmungen des Datenschutzes werden gewahrt-