

## Anmeldung zur Aufnahme im Alten- und Pflegeheim

|                                                            |                                        |                                                |                                               |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Angaben zur Person:</b>                                 |                                        | <input type="checkbox"/> Frau                  | <input type="checkbox"/> Herr                 |
| Name:                                                      |                                        | Vorname:                                       |                                               |
| Geburtsame:                                                |                                        | Geburtsort:                                    |                                               |
| Straße:                                                    |                                        |                                                |                                               |
| Ort:                                                       |                                        | Telefon                                        |                                               |
| Familienstand                                              | <input type="checkbox"/> verheiratet   | <input type="checkbox"/> verwitwet             | <input type="checkbox"/> geschieden           |
| Konfession                                                 | <input type="checkbox"/> evangelisch   | <input type="checkbox"/> katholisch            | <input type="checkbox"/> andere               |
|                                                            |                                        | <input type="checkbox"/> ledig                 | Staatsangehörigkeit                           |
| Liegt eine MDK Einstufung vor?                             |                                        | <input type="checkbox"/> Ja                    | Stufe:                                        |
| Werden Sie bereits von einem Pflegedienst betreut          |                                        | <input type="checkbox"/> Ja                    | <input type="checkbox"/> Nein                 |
|                                                            |                                        | <input type="checkbox"/> beantragt             | Name des Pflegedienstes                       |
| <b>Hausarzt:</b>                                           |                                        |                                                |                                               |
| Straße                                                     |                                        |                                                |                                               |
| Ort                                                        |                                        | Telefon                                        |                                               |
| <b>Angehörige I</b>                                        |                                        | <input type="checkbox"/> Frau                  | <input type="checkbox"/> Herr                 |
| Name                                                       |                                        | Vorname                                        |                                               |
| Straße                                                     |                                        | Ort                                            |                                               |
|                                                            |                                        | Telefon                                        |                                               |
| Verwandschaftsverhältnis                                   |                                        |                                                |                                               |
| <b>Angehörige II</b>                                       |                                        | <input type="checkbox"/> Frau                  | <input type="checkbox"/> Herr                 |
| Name                                                       |                                        | Vorname                                        |                                               |
| Straße                                                     |                                        | Ort                                            |                                               |
|                                                            |                                        | Telefon                                        |                                               |
| Verwandschaftsverhältnis                                   |                                        |                                                |                                               |
| <b>Ist eine gerichtliche Betreuung bestellt?</b>           |                                        | <input type="checkbox"/> Ja                    | <input type="checkbox"/> Nein                 |
| Name                                                       |                                        | Vorname                                        |                                               |
| Straße                                                     |                                        | Ort                                            |                                               |
|                                                            |                                        | Telefon                                        |                                               |
| <b>Ist eine (Vorsorge-/ General-)Vollmacht ausgestellt</b> |                                        | <input type="checkbox"/> Ja                    | <input type="checkbox"/> Nein                 |
| Name                                                       |                                        | Vorname                                        |                                               |
| Straße                                                     |                                        | Ort                                            |                                               |
|                                                            |                                        | Telefon                                        |                                               |
| <input type="checkbox"/> Vermögenssorge                    | <input type="checkbox"/> Personensorge | <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung | <input type="checkbox"/> ärztliche Behandlung |
|                                                            |                                        |                                                | <input type="checkbox"/> Postkontrolle        |
| <b>Krankenkasse/ Pflegekasse</b>                           |                                        | Name                                           |                                               |
|                                                            |                                        | Vers.Nr                                        |                                               |
| <b>Zeitpunkt der Aufnahme</b>                              |                                        | <input type="checkbox"/> dringend              | <input type="checkbox"/> später               |

|                                                                                                                                          |              |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|------------------------------------|
| <b>Art des Einkommens</b>                                                                                                                |              |                                    |
| Beziehen Sie zusätzliche Leistungen nach dem BSHG (Sozialhilfe)? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein               |              |                                    |
| Wurde eine Kostenübernahmeerklärung vorgelegt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                  |              |                                    |
| Wurde eine Kostenübernahmeerklärung beantragt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                  |              |                                    |
| Beschreibung des Hilfebedarfs                                                                                                            |              |                                    |
| Einzug Dementenstation <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein                                                         |              |                                    |
| besondere Zimmerwünsche <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Appartement |              |                                    |
| Möblierung                                                                                                                               | eigene Möbel | Ausstattung von uns bereitgestellt |
| Woher ist Ihnen unser Haus bekannt                                                                                                       |              |                                    |
| Datum _____ Unterschrift _____                                                                                                           |              |                                    |
| <b>Weitere Kontakte bzw. Gesprächsnotizen</b>                                                                                            |              |                                    |
| Datum                                                                                                                                    |              | HZ                                 |
|                                                                                                                                          |              |                                    |
|                                                                                                                                          |              |                                    |
|                                                                                                                                          |              |                                    |
|                                                                                                                                          |              |                                    |
|                                                                                                                                          |              |                                    |
|                                                                                                                                          |              |                                    |
|                                                                                                                                          |              |                                    |
|                                                                                                                                          |              |                                    |
|                                                                                                                                          |              |                                    |
|                                                                                                                                          |              |                                    |
|                                                                                                                                          |              |                                    |