

Bodelschwingh Betreutes Wohnen

Bodelschwingh-Heim gGmbH, Bodelschwinghstr. 2, 69469 Weinheim
Am Schlosspark
Ev. Altenzentrum

Anmeldung „Betreutes Wohnen“

1. Vor- und Zuname: _____ Geburtsname: _____

2. Adresse: (Straße, PLZ Ort, Telefon, Fax) _____

3. Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

4. Familienstand: _____ 5. Konfession: _____ 6. Staatsangehörigkeit: _____

7. Gewünschte Unterbringung:

Einzimmerappartement

Zweizimmerappartement

Alle weiteren Angaben in diesem Fragebogen werden freiwillig gemacht.

8. Angehörige: (Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Telefon, Fax, Verwandtschaftsgrad)

a) _____

b) _____

c) _____

9. Hausarzt: (Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Telefon, Fax)

10. Krankenkasse: _____

Bodelschwingh-Heim Weinheim	Qualitätsmanagementhandbuch Anmeldung BW Dokument 114	Geltungsbereich Verwaltung
--------------------------------	---	-------------------------------

11. Konsiliarärzte (Fachärzte)

Zahnarzt: _____
HNO: _____
Augenarzt: _____
Urologe: _____
Gynäkologe: _____
Kardiologe: _____
Orthopäde: _____
Neurologe: _____
Dermatologe (Hautarzt): _____
Psychiater: _____
Psychologe: _____

12. Sind Allergien bekannt: ja nein
Wenn ja, welche?

13. Hatten/Haben Sie Erkrankungen an:

Herz/Kreislauf (Frage nach SM = Herzschrittmacher o. DEFI =
Defibrillator): _____

Ohren: _____
Augen: _____
Gehirn: _____
Nervensystem: _____
Schilddrüse: _____
Lunge: _____
Magen: _____
Darm: _____
Leber / Galle: _____
Niere: _____
Blase: _____
Gefäße: _____
Gebärmutter /
Hoden: _____

14. Diabetiker: ja nein

Ort, Datum

Unterschrift

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstatus	Datum	Seite 2
GF	Projektgruppe	2	22.12.2012	gesamt 2