

# Anmeldung zur Heimaufnahme

## Kurzzeitpflege

1. Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

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

3. Derzeitiger Aufenthalt: (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

4. Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

5. Familienstand: \_\_\_\_\_ 6. Konfession: \_\_\_\_\_ 7. Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_  
(und seit wann: \_\_\_\_\_)

8. Angehörige: (Vorname, Name, Straße, PLZ Ort, Telefon, Fax, Emailadresse, Verwandtschaftsgrad)  
a) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

b) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

c) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

9. Betreuer: (nach Betreuungsrecht, Vorname, Name, Straße, PLZ Ort, Telefon, Emailadresse, Fax) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

10. Hausarzt: (Vorname, Name, Straße, PLZ Ort, Telefon, Fax) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

11. Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmerappartement  Komfortpflege-Apartment  Doppelzimmer

Termin zur Aufnahme: \_\_\_\_\_

12. Pflegegrad:  kein  1  2  3  4  5

13. Hinweise, Beanstandungen, Ergänzungen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

14. Kostenträger: Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder ist beantragt? ja  nein   
Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?

Hinweis: Appartement- und Komfortzuschläge werden vom Sozialamt nicht übernommen und müssen eigenfinanziert werden.

15. Krankenkasse: \_\_\_\_\_

16. Zusatzversicherungen: \_\_\_\_\_

17. Private Pflegeversicherung: \_\_\_\_\_

**18. Konsiliarärzte (Fachärzte)**

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

HNO: \_\_\_\_\_

Augenarzt: \_\_\_\_\_

Urologe: \_\_\_\_\_

Gynäkologe: \_\_\_\_\_

Kardiologe: \_\_\_\_\_

Orthopäde: \_\_\_\_\_

Neurologe: \_\_\_\_\_

Dermatologe (Hautarzt): \_\_\_\_\_

Psychiater: \_\_\_\_\_

Psychologe: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**20. Hatten/Haben Sie Erkrankungen an:**

Herz/Kreislauf (Frage nach SM =Herzschrittmacher o. DEFI = Defibrilator): \_\_\_\_\_

Ohren: \_\_\_\_\_

Augen: \_\_\_\_\_

Gehirn: \_\_\_\_\_

Nervensystem: \_\_\_\_\_

Schilddrüse: \_\_\_\_\_

Lunge: \_\_\_\_\_

Magen: \_\_\_\_\_

Darm: \_\_\_\_\_

Leber/Galle: \_\_\_\_\_

Niere: \_\_\_\_\_

Blase: \_\_\_\_\_

Gefäße: \_\_\_\_\_

Gebärmutter/Hoden: \_\_\_\_\_

21. Diabetiker ja  nein

**Ort, Datum**

**Wenn nicht Personengleichheit,  
Unterschrift des Antragstellers**

**Unterschrift des  
Aufzunehmenden**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_