

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**
