

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.Name: \_\_\_\_\_

Geb.: \_\_\_\_\_ Geb.Ort: \_\_\_\_\_ Fam.Stand: \_\_\_\_\_

Einzug am: \_\_\_\_\_ WB: \_\_\_\_\_ Zi.Nr.: \_\_\_\_\_ DZ  KI.EZ  K-EZ

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Bisheriger Wohnort: \_\_\_\_\_

Vollstationäre Aufnahme  Probewohnen  Verhinderungspflege

Pflegegrad 1 2 3 4 5 Härtefall  **Sind Sie Beihilfeberechtigt**

Pflegegrad beantragt? Nein  Ja  Welche?  Wann?

Pflegekasse: \_\_\_\_\_ Vers. Nr.: \_\_\_\_\_ § 43b

Weitere Kostenträger / Rechnungsempfänger: Sozialamt  privat

Ggf. Name / Adresse: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner  Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_ Betreuer:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_ E-Mail: \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht:  Vollmacht für einzelne Bereiche:  Welche: \_\_\_\_\_

Benachrichtigung: Tag  und Nacht

Rezeptgebührenbefreit? Nein  Ja

Behandelnder Arzt / Adresse: \_\_\_\_\_

Zukünftig Arzt der Einrichtung gewünscht: Ja  Nein

Facharztbetreuung erforderlich: Ja  Nein  Fachrichtung: \_\_\_\_\_

---

Allergien bekannt: \_\_\_\_\_

Heparin Marcumar  Herzschrittmacher  Insulinpflichtig  Inkontinenz

Kostform: Vollkost  Schonkost  Diabeteskost  Sondennahrung

Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung vorhanden? Ja  Nein

Schwerbehindertenausweis Ja  gültig bis: \_\_\_\_\_ Nein

Gewünschtes Bestattungsinstitut: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Empfehlung durch die Einrichtung gewünscht: Ja  Nein  Später

Mitgebrachte Hilfsmittel: Rollstuhl  Eigentum  Krankenkasse

Gehwagen  Eigentum  Krankenkasse

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Post an: Bewohner:  Betreuer / Angehörige( zur Abholung in der Einrichtung hinterlegt):

Zukünftig Haftpflichtversicherung über die Einrichtung gewünscht? Ja  Nein /Kostenpflichtig

Wäscherei / Reinigung: Wäscheaufbereitung in der Einrichtung: Ja  Nein

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

Kennzeichnung im Haus: Ja  Nein

Friseur: Ja  Nein  / Kostenpflichtig

Maniküre Ja  Nein  / Kostenpflichtig

Pediküre Ja  Nein  / Kostenpflichtig

Pflegeartikel besorgen privat  übers Haus

Sonstiges: \_\_\_\_\_ Medikamentenplan (bitte beilegen)

Freiheitsentziehende Maßnahmen: Beschluss vom Amtsgericht liegt vor: Ja  Nein

Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden ?

- Krankenhaus/Kurzzeitpflege/amb. Pflegedienst
- Hausarzt/Facharzt/Betreuungsbehörde/Betreuer
- Beratungsstelle/Apotheke/Physiotherapie
- Bekannte/Familie
- Internet/Eigenrecherche

Verteiler: Verwaltung / Sozialdienst ( Original),WB ( Kopie), Küche( Kopie), Wäscherei( Kopie )  
Hausmeister(Kopie)