

## Anfrage zur Heimaufnahme / Warteliste

Stationäre Pflege ab:  Kurzzeitpfl./Verhinderungspflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Familiennamen			
Vorname			
Derzeitiger Wohnort in			
Geburtsdatum/-Ort		am	in
Geburtsname			
Familienstand		<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet	
Staatsangehörigkeit			
Konfession			
Größe/ Gewicht			
Beruf			
<b>Anfragende Person / Angehörige</b>			
1. Kontaktperson			
Name, Vorname			
Straße			
PLZ, Ort			
Telefon			
Handynummer			
E-Mail Adresse			
Verwandschaftsgrad / Sonstiges			
Vorsorge-/ Generalvollmacht <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Behörden <input type="checkbox"/> _____	
Betreuer <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Behörden <input type="checkbox"/> _____	
2. Kontaktperson			
Name, Vorname			
Straße			
PLZ, Ort			
Telefon			
Handynummer			
E-Mail Adresse			

Verwandschaftsgrad / Sonstiges	
Vorsorge-/ Generalvollmacht  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Behörden <input type="checkbox"/>
Betreuer  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Behörden <input type="checkbox"/>
<b>sonstige Angaben</b>	
Pflegegrad  <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> beantragt am:
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Krankenkasse-Pflegekasse	
Mitgliedsnummer	
Zusage Kostenträger	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> Antrag läuft
Finanzierung Heimkosten	<input type="checkbox"/> Selbst <input type="checkbox"/> Sozialhilfe Rente ca. _____ €/Monat
Zuständiges Sozialamt	
Ärztliche Betreuung	
bisheriger Hausarzt	
Telefonnummer	
Adresse	
Weglauftendenz	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Allergien, Unverträglichkeiten	
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja:
Datum: _____ Unterschrift: _____	
Haben Sie Fragen bei Ausfüllen? Wir sind Ihnen gerne behilflich. Bitte beachten Sie, dass nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Anmeldebögen berücksichtigt werden können. Ebenfalls können wir aufgrund von Wartelisten das gewünschte Aufnahmedatum unter Umständen nicht berücksichtigen.	
<b>Intern vom Heim auszufüllen</b>	
Eingang am: _____ Feste Zusage erteilt: _____ Einzugsdatum: _____	
Zimmer: _____ Unterschrift Mitarbeiter: _____	