

# Anmelde- / Aufnahmeformular

Bitte komplett ausfüllen und Zutreffendes ankreuzen!

Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Daueraufenthalt nach Kurzzeitpflege geplant  Ja  Nein

Vollstationäre Pflege voraussichtlich ab \_\_\_\_\_

Einzelzimmer  Doppelzimmer

## Persönliche Daten des Bewohners / der Bewohnerin

Familienname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Nationalität \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Familienstand \_\_\_\_\_ Konfession \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt (wenn abweichend) \_\_\_\_\_

## 1. Bezug

Name \_\_\_\_\_ Wie verwandt \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

## Nächste(r) Angehörige(r) (1)

Name \_\_\_\_\_ Wie verwandt \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

## **Nächste(r) Angehörige(r) (2)**

Name \_\_\_\_\_ Wie verwandt \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

## **Nächste(r) Angehörige(r) (3)**

Name \_\_\_\_\_ Wie verwandt \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

## **Betreuer(in) (vom Amtsgericht bestellt)**

**Betreuer(in)** (bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

1. Bezug  Angehörige(r) (1)  Angehörige(r) (2)  Angehörige(r) (3)

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_ (Kopie Betreuungsausweis beilegen!)

Aufgabenkreis gemäß Betreuungsausweis (bitte ankreuzen)

- Gesundheitsvorsorge  Vermögenssorge  Aufenthaltsbestimmung  
 Post  Behörden  Wohnung  
 Sonstiges:

**Sonstige(r) Betreuer(in)** (falls obige Auswahl nicht zutreffend, bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_ Wie verwandt \_\_\_\_\_  
Adresse \_\_\_\_\_  
E-Mail \_\_\_\_\_  
Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Aktenzeichen: \_\_\_\_\_ (Kopie Betreuungsausweis beilegen!)

Aufgabenkreis gemäß Betreuungsausweis (bitte ankreuzen)

- Gesundheitsvorsorge  Vermögenssorge  Aufenthaltsbestimmung  
 Post  Behörden  Wohnung  
 Sonstiges:

## Bevollmächtigte(r)

**Bevollmächtigte(r)** (bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

1. Bezug  Angehörige(r) (1)  Angehörige(r) (2)  Angehörige(r) (3)

Aufgabenkreis der Vorsorge- oder Generalvollmacht (bitte ankreuzen und Kopie beilegen!)

Gesundheitsvorsorge  Vermögenssorge  Aufenthaltsbestimmung

Post  Behörden  Wohnung

Sonstiges:

**Sonstige(r) Bevollmächtigte(r)** (falls obige Auswahl nicht zutreffend, bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_ Wie verwandt \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Aufgabenkreis der Vorsorge- oder Generalvollmacht (bitte ankreuzen und Kopie beilegen!)

Gesundheitsvorsorge  Vermögenssorge  Aufenthaltsbestimmung

Post  Behörden  Wohnung

Sonstiges:

## Krankenkasse / Pflegekasse / Gesundheitszustand

Name \_\_\_\_\_ Versicherten-Nr. \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Befreiung von Rezeptgebühren (Kopie beilegen!)  Ja  Nein

Corona Anzahl der Impfungen: \_\_\_\_\_ Letzte Impfung am: \_\_\_\_\_

Pflegegrad  Kein  1  2  3  4  5  Unbekannt

Einstufung / Höherstufung beantragt am: \_\_\_\_\_ und gestellt von: \_\_\_\_\_

Merkmale  Orientiert  Desorientiert  Weglauftendenz

Mobil  Bettlägerig  Dekubitus/Wunden

Beatmung  Selbstgefährdung  Fremdgefährdung

Pflegehilfsmittel  Rollator  Rollstuhl  PEG-Sonde  O<sub>2</sub>-Generator

Beschluss (Amtsgericht)  Fixierungsbeschluss  Unterbringungsbeschluss

Ansteckende Krankheiten  Keine  MRSA  Sonstige: \_\_\_\_\_

Diagnosen / Erkrankungen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### **Hausarzt**

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

### **Kostenträger**

Es wird **KEINE** Unterstützung durch das Sozialamt bezogen oder beantragt

Es wird Unterstützung durch das Sozialamt bezogen oder beantragt

Sitz und Ort \_\_\_\_\_

Antrag auf Kostenübernahme ist gestellt am: \_\_\_\_\_

### **Rechnungsempfänger(in)** (bitte ankreuzen)

Bewohner(in)  1. Bezug  Angehörige(r) (1)  Angehörige(r) (2)  Angehörige(r) (3)

Sonstige(r) Betreuer(in)  Sonstige(r) Bevollmächtigte(r)

### **Sonstige(r) Rechnungsempfänger(in)** (falls obige Auswahl nicht zutreffend, bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

### **Sonstiges**

Patientenverfügung (Kopie beilegen!)  Ja  Nein

Betreuungsverfügung (Kopie beilegen!)  Ja  Nein

Sonstige Vollmachten (Kopie beilegen!)  Ja  Nein wenn ja, welche:

Wäschekennzeichnung in Einrichtung  Ja  Nein

Rentenstelle \_\_\_\_\_

### **Rentenversicherungsnummer**

Altersrente \_\_\_\_\_

Betriebsrente \_\_\_\_\_

Witwenrente \_\_\_\_\_

Sonstige \_\_\_\_\_

- Interesse an Beratungstermin  Ja  Nein
- Interesse an Besichtigung unseres Hauses  Ja  Nein
- Wie haben Sie von uns gehört  Mund zu Mund  Internet  Zeitung
- Weitere: \_\_\_\_\_

## Wer stellt den Antrag für den Aufzunehmenden

**Antragsteller(in)** (bitte ankreuzen)

**Wichtig: Nur Bewohner oder gesetzl. Vertreter!**

- Bewohner(in)  1. Bezug  Angehörige(r) (1)  Angehörige(r) (2)  Angehörige(r) (3)
- Sonstige(r) Betreuer(in)  Sonstige(r) Bevollmächtigte(r)

**Sonstige(r) Antragsteller(in)** (falls obige Auswahl nicht zutreffend, bitte ausfüllen)

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Handy \_\_\_\_\_

Diese Anmeldung ist **verbindlich!** Alle Angaben entsprechen den Tatsachen!

Die Ihnen ausgehändigte Information zur Verarbeitung Ihrer Daten durch unsere Einrichtung findet Anwendung.

Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass der E-Mail-Versand unverschlüsselt erfolgt.

---

Ort, Datum

---

Unterschrift Antragsteller

Bitte überzeugen Sie sich vor Abgabe dieses Anmelde-/Aufnahmeformulars, dass alle Fragen vollständig beantwortet und die erforderlichen Auswahlkästchen angekreuzt wurden!

Dieses Aufnahmeformular und den ärztlichen Bericht inklusive dem ärztlichen Attest, dass Sie frei von ansteckenden Krankheiten sind, zusenden, in der Verwaltung abgeben oder in den weißen Briefkasten vor der Verwaltung einwerfen.