

Persönliche Daten des Bewohners / der Bewohnerin	
Nachname:	
Vorname:	
Geburtsname:	Geburtsdatum:
Adresse:	
Geburtsort:	Nationalität:
Familienstand:	Konfession:
Derzeitiger Aufenthalt: (falls abweichend)	

1. Bezug	<input type="checkbox"/> Angehörige(r)	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte(r)	<input type="checkbox"/> Betreuer(in)	<input type="checkbox"/> Sonstige
Nachname:				
Vorname:		Wie verwandt:		
Adresse:				
Telefon:		Handy:		
E-Mail:				

Kontakt (1)	<input type="checkbox"/> Angehörige(r)	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte(r)	<input type="checkbox"/> Betreuer(in)	<input type="checkbox"/> Sonstige
Nachname:				
Vorname:		Wie verwandt:		
Adresse:				
Telefon:		Handy:		
E-Mail:				

Kontakt (2)	<input type="checkbox"/> Angehörige(r)	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte(r)	<input type="checkbox"/> Betreuer(in)	<input type="checkbox"/> Sonstige
Nachname:				
Vorname:		Wie verwandt:		
Adresse:				
Telefon:		Handy:		
E-Mail:				

Kontakt (3)	<input type="checkbox"/> Angehörige(r)	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte(r)	<input type="checkbox"/> Betreuer(in)	<input type="checkbox"/> Sonstige
Nachname:				
Vorname:		Wie verwandt:		
Adresse:				
Telefon:		Handy:		
E-Mail:				

Pflegeart	
<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege voraussichtlich ab _____	
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege von _____ bis _____	
Wurde bereits Kurzzeitpflege in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wurde bereits Verhinderungspflege in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
(Falls ja, bitte den Bescheid mit dem Restanspruch vorlegen)	
Daueraufenthalt nach Kurzzeitpflege geplant	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Zimmer
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> keine Präferenz

Krankenkasse / Pflegekasse
Name:
Adresse:
Telefon:
Versichertennummer:
Zuzahlungsbefreiung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein (Kopie beilegen!)

Pflegegrad
<input type="checkbox"/> Kein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Unbekannt
Einstufung beantragt am:
Höherstufung beantragt am:
Antrag gestellt von:

Kostenträger
<input type="checkbox"/> Es wird KEINE Unterstützung durch das Sozialamt bezogen oder beantragt
Es wird Unterstützung durch das Sozialamt <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> bezogen
Name:
Adresse:
Antrag gestellt am:

Rechnungsempfänger(in)
<input type="checkbox"/> Bewohner(in) <input type="checkbox"/> 1. Bezug <input type="checkbox"/> Kontakt (1) <input type="checkbox"/> Kontakt (2) <input type="checkbox"/> Kontakt (3)
Zahlung der Rechnung per <input type="checkbox"/> Überweisung <input type="checkbox"/> Lastschrift
Die Rechnungszustellung erfolgt per Post. Soll der Rechnungsversand per E-Mail erfolgen, bitte unten die E-Mail-Adresse angeben.
Rechnungsversand per E-Mail an: _____
Bitte überprüfen Sie Ihren Spam-Ordner, falls Sie keine Rechnung in Ihrem Posteingang sehen.

Merkmale		
<input type="checkbox"/> Orientiert	<input type="checkbox"/> Desorientiert	<input type="checkbox"/> Weglauftendenz
<input type="checkbox"/> Mobil	<input type="checkbox"/> Bettlägerig	<input type="checkbox"/> Dekubitus/Wunden
<input type="checkbox"/> Beatmung	<input type="checkbox"/> Selbstgefährdung	<input type="checkbox"/> Fremdgefährdung

Pflegehilfsmittel			
<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> O ₂ -Generator

Beschluss Amtsgericht			
Fixierungsbeschluss	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	(Kopie beilegen!)

Gesundheitszustand	
Ansteckende Krankheiten	<input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Corona
	<input type="checkbox"/> Sonstige: _____
Diagnosen / Erkrankungen:	_____

Hausarzt	
Name:	
Adresse:	
Telefon:	
Ist ein Hausarztwechsel erwünscht?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Zusätze Beatmung / Intensivpflege	
Provider Beatmungsgerät:	_____
Art der Beatmung	<input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> invasiv (unterstützend)
Dauer der Beatmung	<input type="checkbox"/> 24 Stunden <input type="checkbox"/> zur Nacht
	<input type="checkbox"/> anderer Zeitraum: _____

Sonstiges			
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	(Kopie beilegen!)
Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	(Kopie beilegen!)
Sonstige Vollmachten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	(Kopie beilegen!)
Wenn ja, welche: _____			
Wäschekennzeichnung in Einrichtung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	
Wohnung ummelden (vollstationäre Pflege)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	

Renten (Rentenstelle und Rentenversicherungsnummer)
Altersrente:
Witwenrente:
Betriebsrente:
Sonstige Rente:

Wie haben Sie von uns gehört
<input type="checkbox"/> Mund zu Mund <input type="checkbox"/> Internet <input type="checkbox"/> Zeitung
<input type="checkbox"/> Weitere: _____

Antragsteller(in) (WICHTIG: Nur Bewohner oder gesetzlicher Vertreter)
<input type="checkbox"/> Bewohner(in) <input type="checkbox"/> 1. Bezug <input type="checkbox"/> Kontakt (1) <input type="checkbox"/> Kontakt (2) <input type="checkbox"/> Kontakt (3)

Diese Anmeldung ist **verbindlich!** Alle Angaben entsprechen den Tatsachen! Bitte überzeugen Sie sich vor Abgabe dieses Aufnahmeformulars, dass alle Fragen vollständig beantwortet und die erforderlichen Auswahlkästchen angekreuzt wurden!

Mit der Unterzeichnung dieses Aufnahmeformulars werden bei Nichtunterzeichnung des Heimvertrags Kosten in Höhe von 5 Tagen Bettengeld in Rechnung gestellt.

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