

Aufnahmedatum vollstationäre Pflege:	
Wohnbereich:	
Zimmer:	

Anmeldung zur Aufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur Heimaufnahme einsenden)

1. Vor- und Zuname, Geburtsname						
2. Adresse:	Straße, PLZ, Ort				Telefon	
	Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
3. Derzeitige Anschrift:						
	Diakonisse im Konzernverbund EDBTL? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Aus einer anderen Einrichtung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
4. Geburtsdaten/-ort	Datum	Ort				
5. Familienstand		6. Konfession:		7. Staatsangehörigkeit:		
8. Angehörige 1)	Name			Telefon		
	wie verwandt		Mail			
	Straße/PLZ/Ort					
	Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
	2)	Name			Telefon	
		wie verwandt		Mail		
Straße/PLZ/Ort						
Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
9. <input type="checkbox"/> Amtl. Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtig.	Name					
	Straße/PLZ/Ort					
	Mail			Telefon		
	Betreuerausweis: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
10. Hausarzt	Name			Telefon		
	Straße/PLZ/Ort					
	Weiterversorgung im APE durch behandelnden Arzt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
11. Sozialhilfeträger Welches Sozialamt ist zuständig?	Name			Telefon		
	Straße/PLZ/Ort					
12. Krankenkasse/ Pflegekasse/ PKV	Name			Telefon		
	Straße			Mitglieds Nr.-		
	PLZ/Ort			Beihilfeanspruch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
13. Laufende Leistungen:	Pflegegrad n. SGB XI:		Höherstufe beantragt am:		Selbstzahler Sozialhilfe <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
					<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
14. Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer	<input type="checkbox"/>	Doppelzimmer	<input type="checkbox"/>	Termin zur Aufnahme:	
15. VVI ausgehändigt Datum:						
16. PA-Ausweis Nr.						

17. Einzugsermächtigung	Ja	Nein	
18. Zuzahlungsbefreiung	Ja	Nein	
19. Inkontinenz	Ja	Nein	
20. Sondennahrung	Ja	Nein	
21. Aussegnungswunsch/ -feier	Ja	Nein	
Unterschrift des Antragstellers:			Unterschrift der Pflegedienstleitung/Einrichtungsleitung:
Ort, Datum			

Um bei wesentlichen Entscheidungen in Ihrem Sinne handeln zu können, benötigen wir Informationen zu folgenden Dokumenten:

Ärztl. Gutachten (Verlegungsbericht KH) vorhanden? ja nein

Ärztl. Fragebogen (Hausarzt) vorhanden? ja nein

Vorsorgevollmacht / Betreuerausweis? ja nein

befristet bis _____ unbefristet

beinhaltet folgende Befugnisse / Aufgabenkreise:

Aufenthaltsbestimmung Sorge für die Gesundheit Vertretung vor Behörden

Vermögen Post Freiheitsentziehende Maßnahmen

Sonstiges:

Besitzen Sie eine Patientenverfügung? ja nein

Verfügen Sie über einen Bestattungsvorsorgevertrag? ja nein

Bevorzugtes Bestattungsunternehmen:

Name: _____

Straße: _____ PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Besitzen Sie eine Haftpflichtversicherung? ja nein
(Kopie Versicherungsschein beifügen)

Sonstige Bemerkungen: