


<b>Aufnahmedatum vollstationäre Pflege:</b>	 <p><b>Evangelisches Diakonissenhaus</b> Berlin Teltow Lehnin</p>
<b>Wohnbereich:</b>	
<b>Zimmer:</b>	
<p><b>Haus Ruth</b>  <b>Wilhelm-Kuhr-Straße 78, 13187 Berlin</b>  <b>Tel./Fax: 030-499020 12/ -499020 99</b>  <b>Email: annika.hinrich@diakonissenhaus.de</b></p>	

## 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	
3. Derzeitige Anschrift:						
4. Geburtsdaten/-ort	Datum	Ort				
5. Familienstand	6. Konfession:		7. Staatsangehörigkeit:			
8. Angehörige 1)	Name				Telefon	
	wie verwandt		Mail			
	Straße/PLZ/Ort					
	2)	Name				Telefon
		wie verwandt		Mail		
		Straße/PLZ/Ort				
9. <input type="checkbox"/> Amtl. Betreuer  <input type="checkbox"/> Bevollmächtig.	Name					
	Straße/PLZ/Ort					
	Mail				Telefon	
	Betreuerausweis : ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>					
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 ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
13. Laufende Leistungen:	Pflegegrad n. SGB XI:		Höherstufung beantragt am:		Selbstzahler Sozialhilfe ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
14. Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer	<input type="checkbox"/>	Doppelzimmer	<input type="checkbox"/>	Termin zur Aufnahme:	
15. Besonderheiten						
16. VVI ausgehändigt Datum:						
Unterschrift des Antragstellers:			Unterschrift der Pflegedienstleitung/Einrichtungsleitung:			
Ort, Datum						

17. Rechnungsempfänger	Name		
	Straße		
	PLZ/Ort		
18. Einzugsermächtigung	Ja	Nein	
19. Zuzahlungsbefreiung	Ja	Nein	
20. Inkontinenz	Ja	Nein	

**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: \_\_\_\_\_

Im Bedarfsfall soll die Einrichtung ein Bestattungsunternehmen benennen:

ja  nein

**Besitzen Sie eine Haftpflichtversicherung? (Kopie Versicherungsscheins beifügen)**  ja  nein

**Eingehende Post soll:**

in Briefkasten

für Betreuer / Bevollmächtigten in der Verwaltung gesammelt werden

gegen Portorückerstattung an den Betreuer / Bevollmächtigten zusenden

Sonstiges: