

vollstationäre Pflege:	
Kurzzeitpflege:	
Verhinderungspflege:	
Wohnbereich:	
Zimmer:	

Albert-Schweitzer-Haus
Potsdamer Str. 11
14513 Teltow
Tel./Fax: 03328 33920-10/-40
emily.schelle@diakonissenhaus.de
carmen.weigel@diakonissenhaus.de

Anmeldung zur Aufnahme

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

1. Vor- und Zuname, Geburtsname			
2. Adresse:	Straße, PLZ, Ort <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="flex: 1;"></div> <div style="flex: 0.1; text-align: center;">Telefon</div> <div style="flex: 0.1;"></div> </div> 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	
	wie verwandt	Mail	
	Straße/PLZ/Ort		
	Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
9. Amtl. Betreuer Bevollmächtig.	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
	Mail	Telefon	
	Betreuerausweis : ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	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	Name		Telefon
Welches Sozialamt ist zuständig?	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 ja	nein 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

Sonstige Bemerkungen: