

<b>vollstationäre Pflege:</b>	
<b>Kurzzeitpflege:</b>	
<b>Verhinderungspflege:</b>	
<b>Wohnbereich:</b>	
<b>Zimmer:</b>	

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			
	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. Amtl. Betreuer	Name			
	Straße/PLZ/Ort			
	Mail	Telefon		
	Betreuer ausweis: <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	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.		Höherstufung beantragt am:		Selbstzahler Sozialhilfe	ja	nein		
	SGB XI:					ja	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:**