

vollstationäre Pflege:	
Kurzzeitpflege:	
Verhinderungspflege:	
Wohnbereich:	
Zimmer:	

Altenhilfezentrum  
Lothar-Kreyssig Haus  
Klosterkirchplatz 6, 14797 Kloster Lehnin  
Tel. / Fax: 03382 – 768 404 / - 768 401

## Anmeldung zur Aufnahme

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

1. Vor- und Zuname, Geburtsname					
2. Adresse:	Straße, PLZ, Ort				
	Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		<input type="button" value="Telefon"/>		
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			<input type="button" value="Telefon"/>	
	wie verwandt	Mail			
	Straße/PLZ/Ort				
	Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein				
2)	Name			<input type="button" value="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		<input type="button" value="Telefon"/>		
	Betreuerausweis : ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
10. Hausarzt	Name			<input type="button" value="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			<input type="button" value="Telefon"/>	
	Straße/PLZ/Ort				
12. Krankenkasse/ Pflegekasse/ PKV	Name			<input type="button" value="Telefon"/>	
	Straße			<input type="button" value="Mitglieds Nr.-"/>	
	PLZ/Ort			<input type="button" value="Beihilfe-anspruch"/>	
13. Laufende Leistungen:	Pflegegrad n. SGB XI:		Höherstufung beantragt am:	Selbstzahler Sozialhilfe	
		<input type="checkbox"/>		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. 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:**