

vollstationäre Pflege:	
Kurzzeitpflege:	
Verhinderungspflege:	
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			Telefon	
	Straße/PLZ/Ort				
	Mail		Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
	Betreuerausweis: <input type="checkbox"/> 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. 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: