

Eingangsvermerke:
Aufnahme-Nr.:
Aufnahme-Datum:
<b>A</b> =Aufnahme Vollstationär: <input type="checkbox"/>
Zimmer/Wohnbereich:
<b>V</b> =Verhinderungspflege: <input type="checkbox"/>
<b>K</b> = Kurzzeitpflege: <input type="checkbox"/>

**Altenhilfezentrum  
Lothar-Kreyssig Haus**  
Klosterkirchplatz 6, 14797 Kloster Lehnin  
Tel. / Fax: 03382 – 768 404/ - 768 401  
Email: stephanie.purschke@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
3. Derzeitige Anschrift:			
4. Geburtsdaten/-ort	Datum	Ort	
5. Familienstand	6. Konfession:	7. Staatsangehörigkeit:	
8. Angehörige	1) Name	Telefon	
	wie verwandt	Funk	Mail
	Straße/PLZ/Ort		
	2) Name	Telefon	
	wie verwandt	Funk	Mail
	Straße/PLZ/Ort		
9. <input type="checkbox"/> Amtl. Betreuer	Name		
	Straße/PLZ/Ort		
<input type="checkbox"/> Bevollmächtig.	Mail/Funk	Telefon	
10. Hausarzt	Name		Telefon
	Straße/PLZ/Ort		
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:	zusätzl. Betreuung gem. § 45a-b / 87b <input type="checkbox"/>	Selbstzahler Sozialhilfe ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
	Termin zur Aufnahme:		
14. Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer <input type="checkbox"/>	Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	
15. Besonderheiten			
16. Persönl. Identifikat.- Nr.			VVI ausgehändigt Datum:
Unterschrift des Antragstellers:		Unterschrift der Pflegedienstleitung/Einrichtungsleitung:	
Ort, Datum			

17. Rechnungsempfänger	Name			
	Straße			
	PLZ/Ort			
18. Einzugsermächtigung	(bitte Kopie als Anlage)	Ja	Nein	
19. Bescheid der Pflegekasse (bitte In Kopie als Anlage)				

Inkontinenz	Ja ab:	Nein
Sondennahrung	Ja ab	Nein
Zuzahlungsbefreiung	Ja ab	Nein

Wie sind Sie auf unser Haus aufmerksam geworden?

---

- Krankenhaus                      Name, Ort: .....
- Tagesklinik                        Name, Ort: .....
- Kurzzeitpflege                    Name, Ort: .....
- amb. Pflegedienst                Name, Ort: .....
- Tagesstätte                        Name, Ort: .....
- Hausarzt                            Name, Ort: .....
- Facharzt                            Name, Ort: .....
- Betreuungsbehörde              Name, Ort: .....
- Betreuer
- Beratungsstelle                  Name, Ort: .....
- Apotheke                            Name, Ort: .....
- Physiotherapie                    Name, Ort: .....
- Bekannte/ Familie
- Internet/ Eigenrecherche
- Inserat Zeitung                  welche: .....
- Beilage Zeitung/ Zeitschrift
- sonstiges                            .....