

vollstationäre Pflege:	
Kurzzeitpflege:	
Verhinderungspflege:	
Wohnbereich:	
Zimmer:	



Gesundheitszentrum Teltow gGmbH
Seniorenzentrum Caputh
Seestraße 1
14548 Schwielowsee/ OT Caputh
Tel.: 033209/84200
jeff.salpeter@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: ☐ ja ☐ nein				
3. Derzeitige Anschrift:					
	Diakonisse im Konzernverbund EDBTL? ☐ ja ☐ nein		Aus einer anderen Einrichtung? ☐ ja ☐ nein		
4. Geburtsdaten/-ort	Datum	Ort			
5. Familienstand		6. Konfession:		7. Staatsangehörigkeit:	
8. Angehörige 1)	Name			Telefon	
	wie verwandt		Mail		
	Straße/PLZ/Ort				
	Rechnungsempfänger: ☐ ja ☐ nein				
2)	Name			Telefon	
	wie verwandt		Mail		
	Straße/PLZ/Ort				
	Rechnungsempfänger: ☐ ja ☐ nein				
9. ☐ Amtl. Betreuer	Name				
	Straße/PLZ/Ort				
☐ Bevollmächtig.	Mail			Telefon	
	Betreuerausweis: ☐ ja ☐ nein ☐		Rechnungsempfänger: ☐ ja ☐ nein		
10. Hausarzt	Name			Telefon	
	Straße/PLZ/Ort				
	Weiterversorgung im APE durch behandelnden Arzt: ☐ ja ☐ 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 ☐ nein ☐	
13. Laufende Leistungen:	Pflegegrad n. SGB XI:		Höherstufung beantragt am:		Selbstzahler Sozialhilfe: ☐ ja ☐ nein ☐
14. Gewünschte	Einzelzimmer	☐	Doppelzimmer	☐	Termin zur Aufnahme:

Unterbringung					
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:

--