



AWO
Seniorenzentrum
Saaler Mühle
Saaler Straße 92-96
51429 Bergisch Gladbach
Tel.: 02204 9559 0
Fax: 02204 9559 107

Eingangsvermerke der Einrichtung

Anmeldung zur Heimaufnahme

„junge Pflege“

Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden!

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Danke für Ihr Verständnis.

Kurzzeitpflege Langzeitpflege Bitte auswählen

1. Name (Familiename, ggf. Geburtsname)
angeben)

2. Vorname(n) Rufname bitte unterstreichen

2.1 Geschlecht m w d

3. Wohnung (Hauptwohnsitz, polizeilich gemeldet)

Anschrift

Telefon

4. Zur Zeit in welchem Krankenhaus
oder in welcher Einrichtung?

Name des Krankenhauses, der Einrichtung

Anschrift des Krankenhauses, der Einrichtung

5. Geburtsdaten (ggf. auch Land mit angeben)

_____ am _____

_____ in _____

6. Familienstand: verh. getrennt lebend geschieden verw. ledig

7. Konfession:

8. Staatsangehörigkeit:

9. Angehörige:

wie verwandt?

Vorname

Zuname

PLZ

Ort

Straße, Nr.,

Tel.

Mobil.

wie verwandt?

Vorname

Zuname

PLZ

Ort

Straße, Nr.,

Tel.

Mobil.

10. Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte nachstehend Bekannte bzw. Freunde angeben:

Vorname

Zuname

PLZ

Ort

Straße, Nr.

Tel.

Mobil.

11. Betreuer o. Bevollmächtigter
(Name, Anschrift, Telefon, FAX, Mail)

12. Informationen per Email gewünscht?		Email-Adresse:	
13. freiheitsentziehende Maßnahmen		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
14. Patientenverfügung		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
15. Bestattungsvertrag		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
16. Krankenkasse / Versicherten-Nr.			
17. Pflegekasse			
Liegt für den Aufzunehmenden bereits ein Pflegegrad vor?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn Ja , welcher Pflegegrad		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	
Wenn Nein , wurde eine Pflegebegutachtung bereits veranlasst		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
oder bereits durchgeführt		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz?		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
18. Name des Hausarztes		_____	
		Dr. _____ Anschrift _____	
19. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)			
Art des Einkommens		Zahlende Stelle	Betrag EUR
20. Kostenträger (zutreffendes bitte ankreuzen)			
Die Heimkosten werden aufgebracht durch			
<input type="checkbox"/> eigenes Einkommen / Vermögen (Selbstzahler)			
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger		Antrag gestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
21. Bankverbindung			
Heimkosten werden abgebucht von IBAN.:		BIC:	
Bankverbindung:			
22. Gewünschte Unterbringung			
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer		<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
23. Termin (wann wird die Aufnahme gewünscht)			
24. Diät notwendig? Welche? Warum?			
<p>Der vom Arzt aktuell ausgefüllte Fragebogen liegt bei.</p> <p>_____ ,den _____ 20____</p> <p>Unterschrift des Antragstellers:</p> <p>Bitte, überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind, die Vormerkung zur Aufnahme erfolgt grundsätzlich erst nach Abgabe aller geforderten Unterlagen.</p> <p>Datenschutzrechtlicher Hinweis: Kommt es nicht zur Heimaufnahme, wird dieses Dokument und damit die erhobenen Daten durch die Einrichtung vernichtet.</p>			
Für Vermerke der Einrichtung:			