|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| LOGO_Gesellschaft_Altenhilfe_NEU | | ***AWO Seniorenzentrum Saaler Mühle***  ***Saaler Straße 92-96***  51429 Bergisch Gladbach  Tel.: 02204 9559 0  Fax: 02204 9559 107 | | | | | | **Eingangsvermerke der Einrichtung** | | | | | |
| **Anmeldung zur Tagespflege**  Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Danke für Ihr Verständnis. | | | | | | | | | | | | Nur zusammen mit dem vom Arzt  ausgefüllten Fragebogen einsenden! | |
| **1. Name** (Familienname, ggf. Geburtsname  angeben) | | | | |  | | | | | | | | |
| **2. Vorname(n)** Rufname bitte unterstreichen | | | | |  | | | | | | | | |
| **2.1 Geschlecht** | | | | | **m  w  d** | | | | | | | | |
| **3. Wohnung** (Hauptwohnsitz, polizeilich gemeldet) | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | Anschrift | | | | | | |  | |
|  | | | | |  |  | | | | | | |  | |
|  | | | | |  | Telefon | | | | | | |  | |
| **4. Geburtsdaten** (ggf. auch Land mit angeben) | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | am | | |  | in | |  | |
| **5. Familienstand:**  **verh.**  **getrennt lebend**  **geschieden**  **verw.** **ledig** | | | | | | | | | | | | | |
| **6. Konfession:** | | | | | **7. Staatsangehörigkeit:** | | | | | | | | |
| **8. Angehörige:** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | | | |  |  | | | |  | |
|  | wie verwandt? | |  | Vorname | | | |  | Zuname | | | |  | |
|  |  | |  |  | | | |  |  | | | |  | |
|  | PLZ  Tel. | |  | Ort  Mobil. | | | |  | Straße, Nr., | | | |  | |
|  |  | |  |  | | | |  |  | | | |  | |
|  | wie verwandt? | |  | Vorname | | | |  | Zuname | | | |  | |
|  |  | |  |  | | | |  |  | | | |  | |
|  | PLZ  Tel. | |  | Ort  Mobil. | | | |  | Straße, Nr., | | | |  | |
| **9. Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte nachstehend Bekannte bzw. Freunde angeben:** | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | | | |  |  | | | |  | |
|  |  | |  | Vorname | | | |  | Zuname | | | |  | |
|  |  | |  |  | | | |  |  | | | |  | |
|  | PLZ  Tel. | |  | Ort  Mobil. | | | |  | Straße, Nr. | | | |  | |
| **10. Betreuer o. Bevollmächtigter**  (Name, Anschrift, Telefon ,FAX, Mail ) | | | | |  | | | | | | | | | |

Bitte Wenden!

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **11. Informationen per Email gewünscht?** | | | | | | | Email-Adresse: | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **12. freiheitsentziehende Maßnahmen** | | | | | | | Ja  Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **13. Patientenverfügung** | | | | | | | Ja  Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **14. Krankenkasse / Versicherten-Nr.** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **15. Pflegekasse** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Liegt für den Aufzunehmenden bereits ein Pflegegrad vor? | | | | | | | | | | | | | | | Ja  Nein | | | | | | | | | |
| Wenn **Ja**, welcher Pflegegrad | | | | | | | | | | | | | | | 0  I  II  III  IV  V | | | | | | | | | |
| Wenn **Nein**, wurde eine Pflegebegutachtung bereits veranlasst | | | | | | | | | | | | | | | Ja  Nein | | | | | | | | | |
| oder bereits durchgeführt | | | | | | | | | | | | | | | Ja  Nein | | | | | | | | | |
| Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz? | | | | | | | | | | | | | | | Ja  Nein | | | | | | | | | |
| **16. Name des Hausarztes** | | | |  | |  | | | | | | |  |  | | | | | | | | |  | |
|  | | | |  | | Dr. | | | | | | |  | Anschrift | | | | | | | | |  | |
| **17. Monatliches Einkommen** (nach heutigem Stand) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Art des Einkommens | | | | | Zahlende Stelle | | | | | | | | | | | | | Betrag EUR | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **18. Kostenträger** (zutreffendes bitte ankreuzen) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Die Heimkosten werden aufgebracht durch | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | eigenes Einkommen / Vermögen (Selbstzahler) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | Sozialhilfeträger Antrag gestellt  Ja  Nein | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **19. Bankverbindung** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Heimkosten werden abgebucht von IBAN.: | | | | | | | |  | | | | | | | | | BIC: | | |  | |  | | |
| Bankverbindung: | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **20. Fahrdienst gewünscht?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ja | | | | | nein | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **21. Rollstuhlfahrertransport erforderlich?** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| ja | | | | | nein | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | |
| **22. Termin** (wann wird die Aufnahme gewünscht) | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **23. Diät notwendig?** Welche? Warum? | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Der vom Arzt aktuell ausgefüllte Fragebogen liegt bei.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | ,den | | | | |  | | | 20 | |  | | | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | Unterschrift des Antragstellers: | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | |
| 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.  **Datenschutzrechtlicher Hinweis:**  Kommt es nicht zur Heimaufnahme, wird dieses Dokument und damit die erhobenen Daten durch die Einrichtung vernichtet. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Für Vermerke der Einrichtung: | | | | | | | | | |  | | |  | | | | | | | | | | | |