

<b>vollstationäre Pflege:</b>	
<b>Kurzzeitpflege:</b>	
<b>Verhinderungspflege:</b>	
<b>Wohnbereich:</b>	
<b>Zimmer:</b>	

## 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					
	Straße/PLZ/Ort					
	Mail			Telefon		
	Betreuerausweis: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
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 <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
13. Laufende Leistungen:	Pflegegrad n. SGB XI:		Höherstufung beantragt am:		Selbstzahler Sozialhilfe <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:**