Anmeldeformular Heimaufnahme

Name: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Konfession: _____ Nationalität: _____

Kirchengemeinde: _____ Pfarrer: _____

Familienstand: _____ Beruf: _____

Anschrift: _____

_____

Telefon: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Aufnahme: ☐ sehr dringend (unmittelbarer Einzugswunsch)

☐ vorsorglich (keine akute Aufnahme notwendig)

Bezugspersonen

1. Name: _____ Verwandtschaftsgrad:_____

Adresse: _____

Telefon: *privat:*_____ *dienstlich*:_____

mobil:_____

Email Adresse:_____

2. Name: _____ Verwandtschaftsgrad:_____

Adresse: _____

Telefon: *privat:*_____ *dienstlich*:_____

mobil:_____

Ist ein Betreuer nach Betreuungsrecht bestellt: Ja☐ Nein☐

Wenn ja:

Name: _____ Wirkungskreis:_____

Gibt es eine Vorsorgevollmacht? Ja☐ Nein☐

Gibt es eine Patientenverfügung? Ja☐ Nein☐

Krankenkasse: _____

Ärzte:

Hausarzt: _____

Fachärzte: _____

_____

_____

Besteht ein Anfallsleiden und / oder eine Arzneimittelallergie? Ja☐ Nein☐

Wenn ja, welche: _____

Welcher Pflegegrad: 1☐ 2☐ 3☐ 4☐ 5☐

Wurde ein Antrag zur Feststellung eines höheren Pflegegrades gestellt?

Ja☐ Nein☐

Allgemeine Angaben:

Brille: Ja☐ Nein☐

Hörgeräte: Ja☐ Nein☐

Zahnprothese: Ja☐ Nein☐

Gehhilfen: Ja☐ Nein☐ wenn ja, welche:_____

Rollstuhl: Ja☐ Nein☐

Bemerkung:_____

Wenn Sie Fragen haben, melden Sie sich bei uns. Wir helfen Ihnen, wenn wir können, gerne weiter.

Sollte der Heimplatz aus irgendeinem Grunde nicht mehr benötigt werden, sagen Sie es uns.

_____ _____

Ort und Datum

verbindliche Unterschrift des zukünftigen Bewohners oder einer Person seines Vertrauens