







Anmeldung

<input type="checkbox"/> zur Heimaufnahme	ab	<input type="checkbox"/> Anmeldung vorsorglich <input type="checkbox"/> Anmeldung dringlich
	<input type="checkbox"/> Haus 1 <input type="checkbox"/> Haus 2 <input type="checkbox"/> Haus 3	
	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> keinen Wunsch	
<input type="checkbox"/> zur Kurzzeitpflege	vom	bis
<input type="checkbox"/> zur Verhinderungspflege	vom	bis

1. Name, Vorname (Geb.-name)			
2. Adresse	Straße, PLZ, Ort		
3. Derzeitiger Aufenthalt			
4. Geburtsdaten/-ort	Geburtsdatum	Geburtsort	
5. Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig		
6. Konfession			
7. Staatsangehörigkeit			
8. Angehörige	a)	Name, Vorname	wie verwandt
		Straße, PLZ, Ort	
		Telefon privat (Festnetz, Mobil)	
		Telefon dienstlich (Festnetz, Mobil)	
		E-Mail	
b)		Name, Vorname	wie verwandt
		Straße, PLZ, Ort	
		Telefon privat (Festnetz, Mobil)	
		Telefon dienstlich (Festnetz, Mobil)	
		E-Mail	

9. Betreuer nach Betreuungsrecht	a)	Name, Vorname  Bitte Kopie Betreuerausweis beilegen!	
		Straße, PLZ, Ort	
		Telefon (Festnetz, Mobil)	
	b)	Name, Vorname	
		Straße, PLZ, Ort	
		Telefon (Festnetz, Mobil)	
Wirkungskreis der Betreuung	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögensvorsorge <input type="checkbox"/> Gesundheitsorge		
10. Vorsorgevollmacht	a)	Name, Vorname  Bitte Kopie der Vorsorgevollmacht beilegen!	
		Straße, PLZ, Ort	
		Telefon (Festnetz, Mobil)	
	b)	Name, Vorname  Bitte Kopie der Vorsorgevollmacht beilegen!	
		Straße, PLZ, Ort	
		Telefon (Festnetz, Mobil)	
11. Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		 Bitte Kopie der Patientenverfügung beilegen!
12. Hausarzt	Name		
	Straße, PLZ, Ort		Telefon
13. Mitbehandelnde Fachärzte	a)	Name	Fachrichtung
		Straße, PLZ, Ort	Telefon
	b)	Name	Fachrichtung
		Straße, PLZ, Ort	Telefon
	c)	Name	Fachrichtung
		Straße, PLZ, Ort	Telefon
	d)	Name	Fachrichtung
		Straße, PLZ, Ort	Telefon
14. Kranken- bzw. Pflegekasse	Versichertennummer		
15. Pflegestufenbewilligung der Pflegekasse	 Bitte Pflegestufenbescheid beifügen!		
16. Blitzgutachten (wird von der Einrichtung ausgefüllt)	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ		Info am von <input type="checkbox"/> SD Kliniken <input type="checkbox"/> Pflegekasse

17. zusätzl. Betreuungsleistungen nach § 87 b (eingeschränkte Alltagskompetenz)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein  Bitte Kopie des Anspruchbescheides beifügen!		
18. Zuzahlungsbefreit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
19. Kostenträger	Wird Unterstützung von Sozialhilfeleistungen bezogen oder beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <table border="1" data-bbox="485 472 1439 539"><tr><td data-bbox="485 472 963 539">ab wann</td><td data-bbox="963 472 1439 539">wo</td></tr></table>	ab wann	wo
ab wann	wo		
20. Hinweise für die Einrichtung	<input type="checkbox"/> Diabetiker/in <input type="checkbox"/> Epileptiker/in <input type="checkbox"/> Inkontinenz <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Falithrom-Patient/in <input type="checkbox"/> künstliche Ernährung <input type="checkbox"/> vorhandene Hilfsmittel (Gehwagen, Rollstuhl, etc.) <input type="checkbox"/> Wäschekennzeichnung <input type="checkbox"/> Oberbekleidung waschen <input type="checkbox"/> im Haus <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Verwahrgeldkonto <input type="checkbox"/> Telefon		

Ort und Datum

Unterschrift des Anmeldenden bzw. Vertreters