

Anmeldung

Datum

<input type="checkbox"/> zur Heimaufnahme	Beratungsgespräch am (Datum, Uhrzeit) (wird von Einrichtung ausgefüllt)	
	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"/> keinen Wunsch	
	<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 <input type="checkbox"/> Lebenspartnerschaft	
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)		
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. Mitbehandelnde Therapeuten (Physio-/Ergotherapie, Logopädie)	a)	Name	Fachrichtung	
		Straße, PLZ, Ort	Telefon	
	b)	Name	Fachrichtung	
		Straße, PLZ, Ort	Telefon	
	c)	Name	Fachrichtung	
		Straße, PLZ, Ort	Telefon	
16. Kranken- bzw. Pflegekasse			Versichertennummer	
17. Pflegegradbewilligung der Pflegekasse			📎 Bitte Bescheid beifügen!	

18. Blitzgutachten (wird von der Einrichtung ausgefüllt)	<input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ	Info am	<input type="checkbox"/> SD Kliniken <input type="checkbox"/> Pflegekasse																				
19. Zuzahlungsbefreit	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																						
20. Kostenträger	Wird Unterstützung von Sozialhilfeleistungen bezogen oder beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein																						
	ab wann	wo																					
21. Hinweise für die Einrichtung	<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Diabetis</td> <td><input type="checkbox"/> Hin- oder Weglauftendenz</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Epilepsie</td> <td><input type="checkbox"/> Allergien/Unverträglichkeiten</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inkontinenz (Harn- und/oder Stuhlinkontinenz)</td> <td><input type="checkbox"/> Dauerkatheter</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> IKM vorhanden</td> <td><input type="checkbox"/> Anus praeter</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Herzschrittmacher</td> <td><input type="checkbox"/> Hörgeräte</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Falithrom-Patient/in</td> <td><input type="checkbox"/> Zahnersatz</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> künstliche Ernährung</td> <td><input type="checkbox"/> Suchterkrankung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> vorhandene Hilfsmittel (Gehwagen, Rollstuhl, etc.)</td> <td><input type="checkbox"/> Raucher</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Demenz</td> <td><input type="checkbox"/> Vertragsapotheke</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Brille</td> </tr> </table>			<input type="checkbox"/> Diabetis	<input type="checkbox"/> Hin- oder Weglauftendenz	<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Allergien/Unverträglichkeiten	<input type="checkbox"/> Inkontinenz (Harn- und/oder Stuhlinkontinenz)	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> IKM vorhanden	<input type="checkbox"/> Anus praeter	<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Hörgeräte	<input type="checkbox"/> Falithrom-Patient/in	<input type="checkbox"/> Zahnersatz	<input type="checkbox"/> künstliche Ernährung	<input type="checkbox"/> Suchterkrankung	<input type="checkbox"/> vorhandene Hilfsmittel (Gehwagen, Rollstuhl, etc.)	<input type="checkbox"/> Raucher	<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Vertragsapotheke		<input type="checkbox"/> Brille
<input type="checkbox"/> Diabetis	<input type="checkbox"/> Hin- oder Weglauftendenz																						
<input type="checkbox"/> Epilepsie	<input type="checkbox"/> Allergien/Unverträglichkeiten																						
<input type="checkbox"/> Inkontinenz (Harn- und/oder Stuhlinkontinenz)	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter																						
<input type="checkbox"/> IKM vorhanden	<input type="checkbox"/> Anus praeter																						
<input type="checkbox"/> Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Hörgeräte																						
<input type="checkbox"/> Falithrom-Patient/in	<input type="checkbox"/> Zahnersatz																						
<input type="checkbox"/> künstliche Ernährung	<input type="checkbox"/> Suchterkrankung																						
<input type="checkbox"/> vorhandene Hilfsmittel (Gehwagen, Rollstuhl, etc.)	<input type="checkbox"/> Raucher																						
<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Vertragsapotheke																						
	<input type="checkbox"/> Brille																						
	<input type="checkbox"/> weitere Informationen:																						
	<input type="checkbox"/> Wäschekennzeichnung (nur bei vollstationärer Pflege) <input type="checkbox"/> Oberbekleidung waschen: <input type="checkbox"/> im Haus <input type="checkbox"/> Angehörige <input type="checkbox"/> Verwahrgeldkonto <input type="checkbox"/> Kosmetikartikel besorgen: <input type="checkbox"/> vom Haus <input type="checkbox"/> Angehörige/Betreuer <input type="checkbox"/> Telefon <input type="checkbox"/> privates Handy <input type="checkbox"/> Fernsehgerät <input type="checkbox"/> Frisör <input type="checkbox"/> Fußpflege <input type="checkbox"/> Kurier <input type="checkbox"/> Sepa-Mandat* <input type="checkbox"/> Rechnung																						
22. Infektionsgeschehen	COVID-19-Erkrankung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		wann																				
	Impfung gegen COVID-19 erfolgt <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja																						

Ort und Datum

Unterschrift des Anmeldenden bzw. Vertreters