

Anmeldung zur Heimaufnahme

Name		Vorname		geboren am:			
Anschrift				Telefonnummer:			
				Datumsanfrage:			
				Konfession:		<input type="checkbox"/> Kath <input type="checkbox"/> Ev. <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Derzeitiger Aufenthaltsort				Krankenkasse:		<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> DAK	
				<input type="checkbox"/> Barmer		<input type="checkbox"/> Sonstiges	
				Versicherungsnummer:			
Dement:		<input type="checkbox"/> Unruhe		<input type="checkbox"/> Weglauf-gefährdet		<input type="checkbox"/> noch unsicher	
				<input type="checkbox"/> KZP		<input type="checkbox"/> Dauer	
				<input type="checkbox"/> Verhinderungs-pflege			
Sonstiges:				Sauerstoff:		Bemerkung:	
Orientierung vorhanden:		<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		Inkontinent:		Bemerkung:	
Mobilität:		<input type="checkbox"/> Hilfsmittel		Diabetes:		Insulin:	
Sturzgefährdet:		<input type="checkbox"/> Bemerkung		Wunden:		<input type="checkbox"/> falls ja, wo?	
Hausarzt:				Arztwechsel nötig (bezüglich Hausbesuche)		Krankenkassenkärtchen zeitnah zum Arzt bringen	
Str. / Ort:				Name zu welchem Arzt gewechselt werden möchte:			
Telefon:				Befreiungskarte		Behindertenausweis	
1. Name Angehöriger				2. Name Angehöriger			
Wie verwandt / bekannt:				Wie verwandt / bekannt:			
Straße:				Straße:			
Ort:				Ort:			
Festnetz:				Festnetz:			
Handy:				Handy:			
Vollmacht / Betreuung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> läuft noch		Vollmacht / Betreuung		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> läuft noch	
Sonstiges:				Sonstiges:			
Bekannte Diagnosen:				Sonstiges was wichtig wäre (Infos, Bemerkungen.):			
Pflegegrad		Einstufung beantragt		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		am:	
		Bereits eingestuft		1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>			
		Höherstufung beantragt		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		am:	
		Sonstiges:					
Bei KZP / VHP → wird oder wurde der Antrag bei der Kasse schon gestellt?						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Stellen Sie einen Antrag auf Sozialhilfe / Hilfe für Pflege?						<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bemerkung:							
Einzugsdatum:		Bereich:		Zimmer:			
Eingangsstempel		Unterschrift Antragsteller		Unterschrift Betreuer			