

## Anmeldung

**Vollstationär**

**Kurzzeitpflege**

**Verhinderungspflege**

Aufnahme: von \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_ Ankunft: \_\_\_\_\_ Uhr

so bald wie möglich

Einzug ab: \_\_\_\_\_

bei Bedarf/ Warteliste

Erstgespräch: am \_\_\_\_\_

telefonisch  persönlich

Hausführung am:

zwischen: \_\_\_\_\_  
Kunde/Angehörige/Betreuer/in

und: \_\_\_\_\_  
Einrichtungsleitung/Verwaltung

### Zukünftige Bewohnerdaten:

Vor- und Zuname: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ&Ort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

### Wichtige Versorgungsinformationen für die Pflege:

Demenz  Agressivität  Suchterkrankung

Diabetes  Schlaganfall  Lähmungen

Infektionskrankheiten (z. B. MRSA; MRGN; HIV):  
\_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

➔ Grundpflege (Übernahme durch Pflegekraft):

voll  teilweise  selbstständig/ alleine

psych. Auffälligkeiten: \_\_\_\_\_

Hinlaufgefährdung („Weglauff Tendenz“)

Wunden (wenn ja wo, was):  
\_\_\_\_\_

➔ Mobilität:  Rollator  Rollstuhl

ohne Hilfsmittel

Sonstiges: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_  Selbstzahler

Sozialhilfe

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

KV-Nr.: \_\_\_\_\_

Zuzahlungsbefreit:  ja  nein

Beihilfeberechtigt:  ja  nein

Sars-Cov2-Impfung:  ja  nein

Letzte Impfung: \_\_\_\_\_

Pflegegrad:  1  2  3  4  5

beantragt am: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Adresse: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Hausarzt bereit zu Visite im Heim:  ja  nein

(Falls nein, bitte um neuen HA kümmern)

### Weitere Fachärzte/ Konsiliarärzte:

Zahnarzt: \_\_\_\_\_

Augenarzt: \_\_\_\_\_

Hautarzt: \_\_\_\_\_

Urologe/Gyn.: \_\_\_\_\_

HNO-Arzt: \_\_\_\_\_

Orthopäde: \_\_\_\_\_

Sonstige Ärzte (Psychologe, Psychiater, usw.):  
\_\_\_\_\_

## Anmeldung

<b>Haupt-Ansprechpartner:</b>	E-Mail: _____
Vor- und Zuname: _____	Verwandschaftsverhältnis: _____
Straße: _____	PLZ&Ort: _____
Telefon: _____	Mobil: _____
<b>2. Angehörige:</b>	E-Mail: _____
Vor- und Zuname: _____	Verwandschaftsverhältnis: _____
Straße: _____	PLZ&Ort: _____
Telefon: _____	Mobil: _____
<b>Weitere Vertrauensperson:</b>	E-Mail: _____
Vor- und Zuname: _____	Bezugsform (z. B. Freundin): _____
Straße: _____	PLZ&Ort: _____
Telefon: _____	Mobil: _____
<b>Amtsgerichtliche Betreuung:</b> <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Finanzen	
Vor- und Zuname: _____	Bestellung: <input type="checkbox"/> Beruf <input type="checkbox"/> Ehrenamt/Fam.
Straße: _____	PLZ&Ort: _____
E-Mail: _____	Telefon: _____

**Liegt eine Vollmacht vor?**    nein    Ja: → Wer? \_\_\_\_\_

**Patientenverfügung?**    nein    Ja: → Wer? \_\_\_\_\_

**Personalausweis:**  nein    Ja      **Schwerbehindertenausweis:**  nein    Ja

**Apothekenwunsch:**  Grautum-Apotheke    Stadt-Apotheke    Zuzahlungsbefreit

### Bankverbindung:

\_\_\_\_\_ BIC: \_\_\_\_\_  
Bankverbindung

IBAN: DE \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_ | \_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Kunde/Angehörige/Betreuer/in