

Anmeldeformular



Angaben zur Person

Name, Vorname		Geburtsname	
Geburtsdatum	Geburtsort		Nationalität
Familienstand	Telefon		Konfession
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	

Anmeldung zur

- Vollstationäre Pflege (Genehmigung, ggf. Antrag beifügen)
 Kurzzeitpflege nach SGB 11 – Pflegeversicherung (Genehmigung, ggf. Antrag beifügen)
 Kurzzeitpflege nach SGB 5 – Krankenversicherung (Genehmigung, ggf. Antrag beifügen)
 Urlaubs- und Verhinderungspflege (Genehmigung, ggf. Antrag beifügen)
 Voranmeldung

Es wird gewünscht:

- Einzelzimmer Doppelzimmer

Krankenversicherung / Pflegeversicherung

Kranken- / Pflegeversicherung	Versicherungsnummer
Pflegegrad <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> Antrag auf Höherstufung gestellt am:

Rechnungsempfänger für den Eigenanteil

Name, Vorname	Telefon
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort

Es wurden Leistungen durch das Sozialamt beantragt

Ja Nein

=====

Aufnahme geplant am: (wird von der Heimleitung ausgefüllt)

Datum	Bereich	Zimmer
-------	---------	--------

Anmeldeformular



Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus)

Name der Einrichtung	
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
Ansprechpartner	Telefon

Sollten wir schon Unterlagen von einem früheren Aufenthalt bei uns haben, so füllen Sie bitte nur Veränderungen zu damals aus.

Angehörige

Name, Vorname	Telefon	wie verwandt
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort	
Name, Vorname	Telefon	wie verwandt
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort	
Name, Vorname	Telefon	wie verwandt
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort	

Betreuer nach Betreuungsrecht (bitte Kopie des Betreuerausweises beifügen)

Name, Vorname	Telefon
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
Wirkungskreis	Aktenzeichen

Vollmacht (bitte Kopie beifügen)

Name, Vorname	Telefon
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort
Name, Vorname	Telefon
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort

Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja (bitte Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein
---------------------------	--	-------------------------------



Anmeldeformular

Hausarzt

Name, Vorname	Telefon
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort

Um die ärztliche Betreuung sicher zu stellen, ist bei Bewohnern, die von außerhalb kommen in der Regel ein Hausarztwechsel notwendig und bei Kurzzeitpflegegästen von außerhalb eine zeitweise Betreuung durch einen Arzt in Greifswald. Bitte sprechen Sie uns an.

Facharzt

Name, Vorname	Telefon
Straße, Hausnr.	PLZ, Ort

Weitere wichtige Fachärzte fügen Sie bitte ggf. als Anlage bei.

Der Ärztliche Fragebogen wird ausgefüllt durch:

=====

Wünschen Sie bei Einzug einen Telefonanschluß? nein

ja

mit

Amtsberechtigung
(ein – u. ausgehende
Gespräche möglich)

ohne

Amtsberechtigung
(nur eingehende
Gespräche möglich)

Eigener Apparat
ist vorhanden, kein
Mietapparat nötig

Mietapparat
gewünscht

Ort, Datum	Unterschrift des Antragstellers
------------	---------------------------------



Anmeldeformular

Angaben zum Hilfebedarf

Hilfebedarf bei der Nahrungsaufnahme

- Essen anreichen
- mundgerechte Zubereitung
- selbständige Nahrungsaufnahme

Hilfebedarf bei der Mobilität

- bettlägerig
- im Rollstuhl
- gehfähig
- mit Unterstützung
- mit Rollator
- selbständig im Rollstuhl
- mit Gehhilfen
- ohne Hilfsmittel

Hilfebedarf bei der Pflege

- waschen
- ankleiden
- frisieren / rasieren

Hilfebedarf bei der Ausscheidung

- Toilettenbenutzung
- Harninkontinenz
- Stuhlinkontinenz
- Inkontinenzmaterial Lieferant:
- Katheter Lieferant:
- Stoma

Vorhandene Hilfsmittel

- Rollstuhl
- Rollator
- Brille
- Hörgerät
- Zahnprothese
-
- Sauerstoffgerät
-

Besondere Hinweise für den Aufenthalt / die erste Zeit (z.B. bestehende Termine)
