

Voranmeldung zur Heimaufnahme

Datum: _____

Haus am Brunnen, Lange Straße 74, 70794 Filderstadt- Sielmingen

Pflichtangaben

Name, Vorname des Interessenten/ Bewohner	Geburtsdatum
---	--------------

Betreuung / Vollmacht

- ☐ Betreuung wurde angeregt, am _____ bei Notariat _____
- ☐ Betreuer/ -in bestellt Notar/ -in _____ Tel.-Nr. _____
- ☐ Vollmacht erteilt, welche _____

Name Betreuer/ -in, Bevollmächtigte wenn vorhanden®	
Anschrift	Telefon:
E-Mail:	E-Mail für Rechnungsversand* falls abweichend:

*Rechnungsversand ausschließlich per E-Mail

Kontaktperson

Name:	Verhältnis zur(m) Antragssteller/-in
Anschrift	Telefon

Name, Anschrift, Telefon Rechnungsempfänger (falls abweichend von Betreuer oder Kontaktperson)

--

Lastschrift Rechnungen: ja ☐ nein ☐

Hausarzt

Name, Anschrift, Telefon

Übernimmt die weitere Betreuung im Heim: ☐ ja ☐ nein ☐ nicht bekannt

Voranmeldung zur Heimaufnahme

Pflichtangaben

Allergien/ Unverträglichkeiten: _____

Krankenkasse / Pflegekasse

Name / Anschrift	Versichertennummer:

Ist der Bewohner von der Krankenkasse Zuzahlungsbefreit ☐ ja ☐ nein

Antrag bei Pflegekasse gestellt ☐ ja ☐ nein

Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐

Pflegegrad 4 ☐ Pflegegrad steht noch nicht fest ☐

Pflegegrad 5 ☐

Pflegegrad besteht seit: _____

Heimkosten

Die Heimkosten können unter Berücksichtigung der Leistungen der Pflegekasse voraussichtlich vollständig aufgebracht werden

☐ ja ☐ nein

☐ Sozialamt (Antrag wird/wurde gestellt), bei _____

☐ Sonstige Kostenträger _____

Wurde diese Jahr bereits Kurzzeit- oder Verhinderungspflege genutzt? Ja____ Nein____

Datum, Unterschrift Interessent/ -in / gesetzliche-r Betreuer/ *in / Bevollmächtigte*r

Datum, Unterschrift Kontaktperson / Angehörige

weitere wichtige Angaben zum Interessenten/ Bewohner

bisherige Anschrift		Geburtsname
derzeitiger Aufenthaltsort (falls mit Wohnort nicht identisch)		Telefon
Familienstand	Geburtsort	Staatsangehörigkeit
Religion		

Wohnsituation

- ☐ alleinlebend ☐ bei Angehörigen
☐ mit Ehegatten / Partner/ -in ☐ Sonstiges _____

Was Sie uns selbst noch mitteilen möchten?
--

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Pflichtangabe

Vor- und Zuname

Geburtsdag

Ist Patient gehfähig ?

☐ ja ☐ nein

Treppensteigen möglich ?

☐ ja ☐ nein

Ist Patient häufig bettlägerig ?

☐ ja ☐ nein

Ständig bettlägerig ?

☐ ja ☐ nein

Beherrschung des Stuhlabganges ?

☐ ja ☐ nein

Beherrschung des Urinabganges ?

☐ ja ☐ nein

Fremder Hilfe bedürftig ?

☐ beim Essen

☐ beim Waschen

☐ beim Ankleiden

☐ beim Frisieren / Rasieren

☐ beim Aufstehen aus dem Bett

☐ beim Lagern zur Nachtruhe

☐ beim Benutzen der Toilette

☐ bei _____

Örtlich orientiert ?

☐ ja ☐ nein

☐ nicht immer

Zeitlich orientiert ?

☐ ja ☐ nein

☐ nicht immer

Nachts ruhig ?

☐ ja ☐ nein

☐ nicht immer

Gemütsstimmung ?

☐ ja ☐ nein

☐ verdrießlich

Gefährliche Eigenschaften ?

☐ ja ☐ nein

Suchtkrankheiten ?

☐ ja ☐ nein

Allergien/ Unverträglichkeiten:

Körperliche Behinderung (en) - Art -

Diagnosen : _____

Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten Tbc: _____

Hepatitis: _____

MRE/VRE/ESBL: _____

HIV: _____

Hinweise und Bemerkungen des Arztes : _____

den _____

Stempel und Unterschrift des Arztes: