

Anmeldung zur Aufnahme im Altenpflegeheim Wichernhaus

Ihre Daten:	
<input type="radio"/> Frau / <input type="radio"/> Herr	
Nachname	
ggf. Geburtsname	
Vorname	
Geburtsdatum/ Geburtsort	
aktuelle	Straße, Hausnummer
Adresse	PLZ, Ort
Kommen Sie selbst für die Heimkosten auf?	<input type="radio"/> ja, ich bin Selbstzahler <input type="radio"/> nein, das Sozialamt wird die Kosten tragen Bitte versäumen Sie nicht, einen Antrag bei Ihrem zuständigen Sozialamt zu stellen, falls Sie Sozialhilfe benötigen.
Telefonnummer	
Hausarzt	
Schwerbehindertenausweis	<input type="radio"/> ja
Vorhanden?	<input type="radio"/> nein
Krankenkasse	
Wurden Sie bereits in eine Pflegestufe eingestuft?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 2 <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 3 <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 4 <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 5
Bestehen gerichtliche Betreuungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Falls ja, für welche Bereiche?
ggf. Name, Anschrift und Telefonnummer	
Ist eine Vorsorgevollmacht vorhanden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wer wurde benannt? Name, Anschrift und Telefonnummer	

Ist eine Patientenverfügung vorhanden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Lebenssituation	<input type="radio"/> allein stehend <input type="radio"/> mit Ehe-/ Lebenspartner <input type="radio"/> bei Kindern
Wie dringend ist die Aufnahme?	<input type="radio"/> sehr dringend <input type="radio"/> dringend <input type="radio"/> weniger dringend (Voranmeldung)
gewünschter Aufnahmetag:	
gewünschte Unterbringung: Möglichkeit der Teilmöbelierung mit eigenen Möbeln, Telefonanschluss vorhanden	<input type="radio"/> Einzelzimmer <input type="radio"/> Doppelzimmer
wichtige Angehörige	
1.	Name
	Vorname
	Verwandschaftsverhältniss
	Str., Hausnr.
	PLZ, Ort
	Telefonnummer
	Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden.
2.	Name
	Vorname
	Verwandschaftsverhältniss
	Str., Hausnr.
	PLZ, Ort
	Telefonnummer
	Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden.
Fam.stand :	
Konfession:	
Allergien:	
Diagnosen:	
Datum:	Unterschrift: