

N o t i z	



## Anmeldung / Vormerkung

<input type="checkbox"/> Langzeitpflege stationär ab <b>Datum:</b>  <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege ab <b>Datum:</b>	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer – Nr. _____ <input type="checkbox"/> Doppelzimmer Nr. _____ <input type="checkbox"/> Appartement (Miete) Nr. _____ <input type="checkbox"/> Appartement (mit Zuschlag) Nr. _____	<input type="checkbox"/> Heimbeseichtigung <input type="checkbox"/> Aufnahmegespräch am/durch  <input type="checkbox"/> derzeitiger Aufenthalt (z. B. KH, eigene Wohnung usw.)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Interessent/Neuer Bewohner

<b>Name, Vorname</b>		<b>Geburtsname</b>	
<b>Geb. am</b>		<b>Geburtsort:</b>	
<b>Wohnort (Straße, PLZ, Ort)</b>		<b>Telefon</b>	
<b>Religion:</b>	<b>Staatsangehörigkeit</b>	Anzahl Kinder	Familienstand

## Angehörige/Bezugsperson/Betreuer

<b>1) Name, Vorname</b>		<b>Bezug z.B. verwandt, Betreuer</b>		<b>2) Name, Vorname</b>		<b>Bezug z.B. verwandt, Betreuer</b>	
<b>Anschrift</b>				<b>Anschrift</b>			
<b>Telefon</b>	<b>Mobil/Fax/E-Mail</b>			<b>Telefon</b>	<b>Mobil/Fax/E-Mail</b>		
<b>E-Mail-Adresse:</b>				<b>E-Mail-Adresse:</b>			

- Gerichtliche Betreuung durch:  
 Vorsorgevollmacht vorhanden

- Patientenverfügung vorhanden  
 Betreuung beantragt am:

### Sonstige Angaben

- |                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Pflegegrad 1<br><input type="checkbox"/> Pflegegrad 2<br><input type="checkbox"/> Pflegegrad 3<br><input type="checkbox"/> Pflegegrad 4<br><input type="checkbox"/> Pflegegrad 5 | <input type="checkbox"/> Rüstig bzw. kein Pflegegrad<br><input type="checkbox"/> Schnelleinstufung durch Krankenhaus beantragt<br><input type="checkbox"/> Rezeptgebührenbefreiung liegt vor<br><input type="checkbox"/> ja, aktiver Raucher <input type="checkbox"/> ja, Alkoholabusus<br><input type="checkbox"/> Coronaimpfung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

**Krankenkasse/Pflegekasse** \_\_\_\_\_

**Derzeitiger Hausarzt** \_\_\_\_\_

**Diagnosen:** \_\_\_\_\_

**Hilfebedarf bei:** \_\_\_\_\_

### Hilfsmittel (Rollstuhl, Rollator, Brille, Hörgerät usw.)

- 50 oder 100 Wäschezeichen bestellen und einpatchen                       Wäsche ist gezeichnet

- Einverständnis zur Speicherung und Weiterverarbeitung der Bewohnerdaten durch die Seniorenwohnanlage St. Stephanus im Rahmen der Heimaufnahme.

**Edelsfeld,**  
**Ort, Datum**

**Unterschrift Antragsteller**