

Anmeldebogen Haus Abendsonne



Haus Abendsonne
Pflege- und Beratungs gGmbH

Angaben zur Person:

Name: _____
Vorname: _____
Straße / Nr.: _____
PLZ / Ort: _____

Geburtsname: _____
Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____
Telefon: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Familienstand:

verheiratet ledig
 verwitwet geschieden

Staatsangehörigkeit:

Deutsch _____

Beruf: _____

zuletzt ausgeübte Tätigkeit: _____

Konfession:

Ja Nein

Wenn ja: Kath. Evang.

Angehörige bzw. Vertrauensperson:

Name: _____
Vorname: _____
Angehörigenart: _____
Straße / Nr.: _____
PLZ / Ort: _____
Telefon: _____

Name: _____
Vorname: _____
Angehörigenart: _____
Straße / Nr.: _____
PLZ / Ort: _____
Telefon: _____

Anzahl der Kinder: _____

Hausarzt:

Name: _____
Vorname: _____
Straße / Nr.: _____

PLZ / Ort: _____
Telefon: _____
Telefax: _____

Bestattungsunternehmen:

Name: _____

PLZ / Ort: _____
Straße/Nr.: _____

Zuständige Kranken- und Pflegekasse:

<input type="checkbox"/> AOK	<input type="checkbox"/> BEK	<input type="checkbox"/> DAK
<input type="checkbox"/> KKH	<input type="checkbox"/> TKK	<input type="checkbox"/> _____
<input type="checkbox"/> Privatkasse		

Mitglieds-Nr.: _____

Liegt eine gesetzlich Betreuung oder Vorsorgevollmacht vor? Ja Nein

Wenn Ja:

Name: _____	Telefon: _____
Vorname: _____	Telefax: _____
Straße / Nr.: _____	PLZ / Ort: _____

<input type="checkbox"/> Betreuung	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht
------------------------------------	--

Kostenträger: Aus eigenen Mitteln Sozialhilfe

Pflegegrad:

(Bewilligungsbescheid der Pflegekasse liegt vor)

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	

Grund der Heimaufnahme / Diagnose:

Zimmer: Einzelzimmer Doppelzimmer

Ist eine Diät notwendig? _____

Voraussichtliche Aufenthaltsdauer:

<input type="checkbox"/> Befristet von _____ bis _____	<input type="checkbox"/> unbefristet
--	--------------------------------------

Erstbesuch

Erstbesuch erwünscht: Ja Nein

Wenn ja: **Termin** Datum/Uhrzeit: _____

nicht möglich, da kurzfristige Entlassung aus dem Krankenhaus/ Rehabilitation

Nach Besichtigung des Seniorenheimes und ausführlicher Beratung melde ich mich hiermit an / melde ich meine(n) o. g. Angehörige(n) – in Wahrnehmung meiner Vorsorgevollmacht / Betreuungsverfügung an

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift der HL/PDL