

Antrag zur Heimaufnahme

Dauerpflege Kurzzeitpflege Verhinderungspflege Tagespflege

Vor- und Zuname: Geburtsname:.....
Rufname unterstreichen

Geburtsdatum: Geburtsort:
(Land/Kreis)

Adresse:
Straße , Haus-Nr. PLZ/ Ort

Tel.:

Familienstand: **Konfession:** **Staatszugehörigkeit:**
Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Klinik oder Pflegeheim):

Bezeichnung:..... Tel.:

Adresse:
Straße , Haus-Nr. PLZ/ Ort

Angehörige: Primäre/r Ansprechpartner*in zuerst!

a) Name:..... Wie verwandt?.....

Adresse:
Straße , Haus-Nr. PLZ/ Ort

Tel.: E-Mail:

b) Name:..... Wie verwandt?.....

Adresse:
Straße , Haus-Nr. PLZ/ Ort

Tel.: E-Mail:

c) Name:..... Wie verwandt?.....

Adresse:
Straße , Haus-Nr. PLZ/ Ort

Tel.: E-Mail:

Gesetzliche/r Betreuer*in / Bevollmächtigte/r:

Name: Tel.:E-Mail:

Adresse:
Straße , Haus-Nr. PLZ/ Ort

Umfang Betreuung / Vollmacht:

Hausarzt:

Name: Tel.:

Adresse:
Straße , Haus-Nr. PLZ/ Ort

Hausarztwechsel nötig: ja nein ggf. neuer Hausarzt:

Patientenverfügung: ja nein

Bestattungsvorsorge: ja nein Institut:.....

Kranken- und Pflegekasse:

Adresse:
Straße , Haus-Nr. PLZ/ Ort

Pflegegrad:

Wurde bisher versorgt durch: Angehörige ambulanter Dienst Keine Betreuung
 Sonstige Kombination Angehörige/ ambulanter

Dienst

Rezeptgebührenbefreiung: Ja Nein

Antrag auf Sozialhilfe erforderlich: Ja Nein

Bevorzugte stationäre Unterbringung: Einzelzimmer
Doppelzimmer

Terminwunsch zur Aufnahme/ Tagespflege:

Sonstiges (Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen):

Ist der/die Aufzunehmende schon einmal weggelaufen bzw. besteht die Gefahr dazu?

Ja Nein

Ist der/die Aufzunehmende schon einmal gestürzt bzw. besteht die Gefahr dazu?

Ja Nein

Ist der/die Aufzunehmende Raucher?

Ja Nein

Ich erkläre hiermit:

dass ich mit der Erfassung, Speicherung (per Akte und auf Datenträgern), Verarbeitung und Weitergabe meiner Daten an berechnigte Dritte einverstanden bin. Die Daten werden ausschließlich im Rahmen des aktuellen Datenschutzrechtes verwendet.

dass ich mit der Einholung, Erfassung, Speicherung (per Akte und auf Datenträgern), Verarbeitung und Weitergabe an berechnigte Dritte, eines Ärztlichen Fragebogens (beim behandelnden Arzt) oder eines Überleitungsbogens (im Krankenhaus oder Pflegeeinrichtung) einverstanden bin.

Ich habe alle Fragen den Tatsachen entsprechend beantwortet.

....., den

Unterschrift des/der:
Aufzunehmenden/Bevollmächtigten/Betreuer*in

Der Antrag ist nur in Verbindung mit dem ärztlichen Fragebogen gültig!