



Anmeldebogen zur Aufnahme

Name: _____	Geburtsdatum: _____
Vorname: _____	Geburtsort: _____
Geburtsname: _____	Bundesland: _____ (der Geburtsort)

Adresse:

Strasse _____ Telefon: _____

PLZ/Ort: _____

Derzeitiger Aufenthalt _____

Letzter Krankenhausaufenthalt (Wann und wo?) _____

Zur Person:

Familienstand: _____

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Schwer behindert: nein ja **falls ja, bitte Kopie des Schwerbehindertenausweis beifügen**

Rezeptgebührenbefreiung: nein ja **falls ja, bitte Kopie der Befreiung beilegen.**

Inkontinenz: nein ja **falls ja, bitte ärztliches Attest beilegen**

Wäschepflege im Haus nein ja **falls ja, bitte Stückzahl angeben: _____**

Aufnahmewünsche: Kurzzeitpflege: von – bis _____

Dauerpflege: ab dem: _____

Einzelzimmer Doppelzimmer

Antrag bei Pflegekasse gestellt am _____

benötigte Hilfsmittel	Beim Kunden vorhanden	Wird vom Haus gestellt	Muss von Arzt verordnet werden
Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehhilfe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Steckbecken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urinflasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sauerstoffgerät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
O2-Flasche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wechsellagerungsmatratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weichlagerungsmatratze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ernährungspumpe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stomaanlage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

QB: S.Mädefessel	Erstellt von: S.Mädefessel	Erstellt am: 02.01.2013	Geändert am: 19.01.17	Geändert von: QB	Freigabe am: 19.01.17	Freigabe von: GL	Verteiler: GL, HL, PDL, WBL
Dateipfad	S:\Daten-Wohnbereich\QM-Handbuch stationär						



Anmeldebogen zur Aufnahme

Angehörige:

Verwandtschaftsgrad: _____ Beruf: _____

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ/ Ort: _____

Verwandtschaftsgrad: _____ Beruf: _____

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ/ Ort: _____

Verwandtschaftsgrad: _____ Beruf: _____

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ/ Ort: _____

Gerichtlich bestellter Betreuer:

Betreuungsausweis in Kopie beifügen

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Wirkungskreis. Alles Medizinische Versorgung Vermögen Aufenthalt

Derzeitiger Hausarzt:

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Hausarzt für den Aufenthalt in unserem Hause:

Name: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Telefon: _____

Krankenkasse:

Name und Anschrift _____

Telefon: _____

Wie versichert: gesetzlich familienversichert privat

Beihilfeberechtigt nein ja

Pflegeleistungen oder Sozialleistungen:

Ich erhalte bereits Pflegeleistungen von: (Angabe unbedingt erforderlich)

der Pflegekasse nach dem Pflege-Versicherungsgesetz

nein

QB: S.Mädefessel	Erstellt von: S.Mädefessel	Erstellt am: 02.01.2013	Geändert am: 19.01.17	Geändert von: QB	Freigabe am: 19.01.17	Freigabe von: GL	Verteiler: GL, HL, PDL, WBL
Dateipfad	S:\Daten-Wohnbereich\QM-Handbuch stationär						

Anmeldebogen zur Aufnahme

ja, seit: _____ Pflegegrad: _____

Eileinstufung beantragt am: _____

wurde Unterstützung durch die Sozialhilfe beantragt? nein ja, ab

wann? _____

welches Sozialamt ist zuständig? _____

zuständiger Sachbearbeiter ? _____

Kostenträger:

Die Kosten werden aufgebracht durch:

- Pflegekasse Betrag in Euro: _____
- Beihilfestelle Betrag in Euro: _____
- Privat Betrag : _____
- durch das o. g. Sozialamt Betrag : _____
- Zahlung komplett Privat: _____

Rechnungsanschrift:

Verwandtschaftsgrad: _____ Telefon 1: _____

Name: _____ Telefon 2: _____

Straße: _____ PLZ/ Ort: _____

Hiermit verpflichte ich mich mit meiner Unterschrift, dass die oben gemachten Angaben der Wahrheit entsprechen. Gleichzeitig nehme ich zur Kenntnis, dass bei Falschangabe die Seniorenresidenz zur Sandmühle GmbH, Kahl am Main mich in Regress nehmen wird.

Ort. Datum

Unterschrift des Antragstellers

QB: S.Mädefessel	Erstellt von: S.Mädefessel	Erstellt am: 02.01.2013	Geändert am: 19.01.17	Geändert von: QB	Freigabe am: 19.01.17	Freigabe von: GL	Verteiler: GL, HL, PDL, WBL
Dateipfad	S:\Daten-Wohnbereich\QM-Handbuch stationär						