

Anmeldung Bewohneraufnahme				
☐ Kurzzeitpflege ab:		bis:		Zimmer Nr.:
☐ Verhinderungspflege ab:		bis:		
☐ vollstationär ab:				
Nachname:				
ggf. Geburtsname:				
Vorname:				
Familienstand:				
Konfession:				
Geburtsdatum:				
Geburtsort:				
aktuelle Adresse: Straße, Hausnummer PLZ, Ort Telefonnummer:				
Angehörige/Verwandtschaftsgrad Name: Telefonnummer: E-Mailadresse: Adresse:				Rechnungsempfänger:
Name: Telefonnummer: E-Mailadresse: Adresse:				
Name: Telefonnummer: E-Mailadresse: Adresse:				
Name: Telefonnummer: E-Mailadresse: Adresse:				
Kommen Sie selbst für die Heimkosten auf? Bitte versäumen Sie nicht, gleichzeitig mit der Anmeldung bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zu stellen. Stellen Sie zusätzlich ggf. einen entsprechenden Antrag bei Ihrem zuständigen Sozialamt. Beihilfeberechtigt? Befreit von Zuzahlungen?				☐ ja, ich bin Selbstzahler ☐ Kopie Rentenbescheid ☐ nein, das Sozialamt wird die Kosten tragen ☐ ja ☐ nein Wenn ja, Ansprechpartner:
Hausarzt:				
wird der Hausarzt Hausbesuche/Visiten in der Einrichtung durchführen?				
Facharzt:				
Facharzt:				
Schwerbehindertenausweis vorhanden?				
☐ ja ☐ nein				
Dateiname: EIII.M03	Erstellt durch: Klein	Freigabe: GF, Schulze	Änderungsstand: 6.0	Seite 1 von 3

Weitere Ausweise (z. B. Schwerbehindertenausweis):				
Krankenkasse: Krankenversichertenkarte gültig bis: Versicherungsnummer: Adresse:				
Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft? ☐ nein, Antrag gestellt am: ☐ ja, Pflegegrad 1 ☐ ja, Pflegegrad 2 ☐ ja, Pflegegrad 3 ☐ ja, Pflegegrad 4 ☐ ja, Pflegegrad 5 ☐ Kopie des Pflegegradbescheides (bitte mit abgeben)				
Haben Sie eine Vorsorgevollmacht oder eine Patientenverfügung erstellt? ☐ nein ☐ ja Falls ja, für welche Bereiche? Ggf. Name und Anschrift des Vollmachtnehmers:				
Bestehen gerichtliche Betreuungen? ☐ nein ☐ ja Falls ja, für welche Bereiche? ggf. Name und Anschrift des Betreuers				
Reservierung: ☐ Ein-Bett / ☐ Tandem ☐ Komfort Einzelzimmer ☐ Zwei-Bett				
Besondere Vereinbarungen: ☐ Telefon ☐ Fernsehgebühr ☐ Barbetragsverwaltung ☐ Bankeinzug				
Wäschekennzeichnung: ☐ durch Einrichtung ☐ durch Angehörige Fußpflege: ☐ organisiert Einrichtung ☐ wird durch Angehörige organisiert Frisör: ☐ organisiert Einrichtung ☐ wird durch Angehörige organisiert				
Dateiname: EIII.M03	Erstellt durch: Klein	Freigabe: GF, Schulze	Änderungsstand: 6.0	Seite 2 von 3

Ummeldung PA / Chipkarte (ist nicht erforderlich bei Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege) ☐ durch Einrichtung ☐ durch Angehörige/Betreuer		
Heimvertrag: erstellt am: Weitergabe am: zurück am:		
Besonderheiten: ☐ PEG ☐ Trachealkanüle ☐ Inkontinenz ☐ Blutverdünnende Medikamente ☐ MRSA/ESBL ☐ Herzschrittmacher ☐ Diabetes ☐ Insulin ☐ Dekubitus ☐ Wunden ☐ Allergien ☐ ja ☐ nein Wenn ja, welche:		Mobilität: ☐ Immobil ☐ mobil ☐ Gehstock ☐ Rollstuhl ☐ Rollator ☐ Weglauftendenz ☐ Sturzgefährdung
Diagnosen:		
Pflegerische Besonderheiten:		
Ernährungsbesonderheiten/Kostform		
Besondere Absprachen:		

Das Pflegewohnstift haftet nicht für Schäden an Textilien, die durch ungeeignete, mangelhafte sowie gebrauchts- und altersbedingte Beschaffenheit, versteckte Mängel und durch nicht zur Wäsche gehörende Gegenstände entstehen. Das Pflegewohnstift haftet auch nicht für Knöpfe, aufgegangene Nähte und Verschlüsse, insbesondere Reißverschlüsse oder sonstige angebrachte Gegenstände, die für eine maschinelle Bearbeitung in der Wäscherei nicht geeignet sind. Ebenso übernimmt das Pflegewohnstift keine Haftung für nicht farbechte Textilien, wenn diese durch das zertifizierte, desinfizierende Waschverfahren verfärben oder verbleichen.

Datum/Unterschrift Verwaltung:

Datum/Unterschrift Pflegefachkraft:

Dateiname: EIII.M03	Erstellt durch: Klein	Freigabe: GF, Schulze	Änderungsstand: 6.0	Seite 3 von 3
------------------------	--------------------------	--------------------------	------------------------	---------------