



Anmeldung zur Heimaufnahme

CHR-4-1-1-FB-3-4

Stammdaten					
Vor- und Zuname				Geburtsdatum	
ggf. Geburtsname	Geburtsort	Fam.-Stand	Konfession	Staatsang	
Adresse			Telefon		
Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus oder Rehaklinik - bitte Adresse eintragen)				Telefon	
Angehörige					
1.	Vor- und Zuname			Wie verwandt	
	Adresse			Telefon/Handy	
2.	Vor- und Zuname			Wie verwandt	
	Adresse			Telefon/Handy	
3.	Vor- und Zuname			Wie verwandt	
	Adresse			Telefon/Handy	
Betreuer					
Vor- und Zuname				Gesetzlich bestellter Betreuer	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Adresse				Telefon/Handy	
ggf. Ersatzbetreuer Vor- und Zuname				Gesetzlich bestellter Betreuer	
				<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Adresse				Telefon/Handy	
Verfügungen / Vollmachten					
Patientenverfügung	Vorsorgevollmacht	Betreuungsverfügung	Generalvollmacht	Bestattungsvorsorge	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> bei	
Teilvollmacht für					
Finanzen	Post	Gesundheit	Behörden	Vertretung gegenüber Heim	Entscheidung Unterbringung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Erstellt	Geprüft	Freigegeben		
Datum	17.08.2010	25.6.2018	25.6.2018		
Unterschrift	QZ	Portalis	B.Prange		



Anmeldung zur Heimaufnahme

Gültig ab:

CHR-4-1-1-FB-3-4

Seite 2 von 2

Hausarzt / Fachärzte

1.	Name	Fachgebiet
	Adresse	Telefon/Fax
2.	Name	Fachgebiet
	Adresse	Telefon/Fax
3.	Name	Fachgebiet
	Adresse	Telefon/Fax

Krankenversicherung

Versicherung		Zuzahlungsbefreit			
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Kassennummer	Versicherungsnummer	Privat versichert			
		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Pflegegrad beantragt		In Pflegegrad eingestuft		Leistung nach § 87 b SGB 11	
<input type="checkbox"/> ja am	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Gewünschte Unterbringung

Termin zur Aufnahme	Einzelzimmer	Doppelzimmer	Komfortzimmer
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kostenträger

Zuständiges Sozialamt/ Sachbearbeiter/ Aktenzeichen	Bezug von Sozialhilfe
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Hinweise Ergänzungen

Ich bin darüber informiert, dass alle Dokumente, die das Leistungsrecht der Sozialkassen betreffen, in der Verwaltung des AWPH Christkönig vorzulegen sind. (Einstufungsbescheide, Krankenkassenkarten, Befreiungsausweise, Personalausweis!)

Ort Datum	Unterschrift des Antragstellers	Ggf. Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten

Einwilligungserklärungen

Für den Fall dass aus pflegefachlichen Gründen eine Fotodokumentation notwendig sein sollte, stimme ich dieser zu. ja nein

Ich bin mit der Teilnahme an einer Qualitätsprüfung nach §114 SGB XI in der Pflegeeinrichtung durch den MDK einverstanden. ja nein

Ort Datum	Unterschrift des Antragstellers	Ggf. Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten