

## Anmeldung zur Heimaufnahme

Persönliche Stammdaten (des potentiellen Nutzers)	
Name:	Geburtsname:
Vorname:	Staatsangehörigkeit:
Geburtsdatum:	Geb. Ort:
Konfession:	Fam. Stand:
Adresse: Straße: PLZ/ Ort: Tel./Fax/mobil:	
Derzeitiger Aufenthalt	
Krankenhaus <input type="radio"/> Reha-Klinik <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> siehe oben <input type="radio"/>	
Adresse Straße: PLZ/ Ort: Tel./mobil:	
Krankenkasse	
Adresse Straße: PLZ/ Ort: Tel./Fax/mobil:	
Zuzahlungsbefreit? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Gesetzlich: <input type="radio"/>	
Privat: <input type="radio"/>	
Vers.nr.:                _____	
Grad der Pflegebedürftigkeit	
<b>Bei Vorliegen einer Pflegestufe bitte Kopien der Bescheide übersenden.</b>	
Pflegeeinstufung erfolgt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein      Datum: _____	
Antrag auf Höherstufung gestellt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein      Datum: _____	
MDK Besuch erfolgt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein      Datum: _____	
Pflegegrad: <b>0</b> <input type="checkbox"/> <b>1</b> <input type="checkbox"/> <b>2</b> <input type="checkbox"/> <b>3</b> <input type="checkbox"/> <b>4</b> <input type="checkbox"/> <b>5</b> <input type="checkbox"/>	

<b>Kapitel 3.2.1</b>	<b>Qualitätsmanagementhandbuch DRK-Nordrhein gGmbH</b>	Deutsches Rotes Kreuz  Seniorenhaus Moosheide
--------------------------	--	--

<b>Hausarzt</b>	<b>Facharzt</b>
Name: Straße: PLZ/ Ort: Telefon: Fax:	Name: Straße: PLZ/ Ort: Telefon: Fax:
<b>1.Nächste Angehörige/Bezugspersonen:</b>	
Name:	Vorname:
Adresse Straße: PLZ/ Ort: Tel./mobil	
Erreichbarkeit:	Verwandtschaftsgrad:
<b>2.Nächste Angehörige/Bezugspersonen (optional):</b>	
Name:	Vorname:
Adresse Straße: PLZ/ Ort: Tel./mobil	
Erreichbarkeit:	Verwandtschaftsgrad:
<b>Liegt eine Vorsorgevollmacht vor?</b> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Wenn ja, wer ist benannt:	
<b>Angaben zur Betreuung</b>	
Liegt eine gesetzliche Betreuung vor?    ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> beantragt <input type="radio"/>	
Name, Vorname: Straße: PLZ/ Ort: Tel./ mobil:	
<b>Betreuungsbereiche:</b> <input type="radio"/> Gesundheitsfürsorge <input type="radio"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="radio"/> Vermögenssorge <input type="radio"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="radio"/> Post <input type="radio"/> alle Angelegenheiten	<b>Liegt ein gerichtlicher Fixierungsbeschluß vor?</b> <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Ja, für: <input type="radio"/> Bettgitter <input type="radio"/> Therapiestuhl <input type="radio"/> Bauchgurt <input type="radio"/> sonstiges: _____ <b>Aktenzeichen:</b>

Freigabe:	Geprüft :	Bearbeitet:	Änderungsstatus:	Datum:	Seite 2
C. Keultjes/ HGF	D. Herold/ PDL	C. Meyer/ QMB	3	13.10.2017	von 3

<b>Angaben zur finanziellen Situation</b>		
1. Rente	€	wird gezahlt von: Renten-Nr.:
2. Rente	€	wird gezahlt von: Renten-Nr.:
3. Rente	€	wird gezahlt von: Renten-Nr.:
4. Rente	€	wird gezahlt von: Renten-Nr.:
5. Rente	€	wird gezahlt von: Renten-Nr.:
Ersparnisse in Höhe von ca. _____ €		
Anderes Vermögen: <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Mieteinnahmen <input type="checkbox"/> Zinsen <input type="checkbox"/> Pacht		
Die Heimkosten werden selbst bezahlt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wurde aufgrund der Heimkosten beim Sozialamt ein Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Adresse Sozialamt		
Straße:		
PLZ/ Ort:		
Telefon:		
Sachbearbeiter/in:		
<b>Wünsche zum Einzug</b>		
Angaben zum Zimmer:		
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer		
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer		
Gewünschter Einzugstermin: _____		

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bewerbers/ ges. Vertreters