

Anmeldung zur Heimaufnahme

Rosemarie Nieschlag Haus
Illtener str. 21
31275 Lehrte
Tel.: 05132-832 0
Fax: 05132-832 212

bitte zutreffendes ankreuzen:

- Kurzzeitpflege
 Verhinderungspflege
 vollstationäre Pflege

Angaben zu persönlichen Daten:

Vor- und Zuname:
Geburtsname:
bisherige Wohnanschrift:
derzeitiger Aufenthalt <i>(mit Adresse angeben)</i> :

Geburtsdatum:
Geburtsort:
Familienstand:
Konfession:
Staatsangehörigkeit:

Krankenkasse/Pflegekasse:
Pflegegrad: <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 genehmigt seit: <i>(Kopie Bescheid beifügen)</i>
wurde eine Erhöhung beantragt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> nicht bekannt
Liegt eine Befreiung vor? <i>(Medikamente, Transporte, u.a)</i> <input type="radio"/> ja, welche _____ <i>(Kopie beifügen)</i> <input type="radio"/> nein

Kostenträger: <input type="radio"/> Selbstzahler <input type="radio"/> Sozialamt, wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig? <input type="radio"/> Beihilfe <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Rechnungsempfänger: <input type="radio"/> Bewohner <input type="radio"/> Angehörige <input type="radio"/> Betreuer

(nur bei Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege ausfüllen)

Kurzzeitpflege geplant von: _____ bis: _____
Verhinderungspflege geplant von: _____ bis: _____
wurde dieses Jahr schon KZP in Anspruch genommen? <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja von _____ bis: _____

Hausarzt <i>(mit Adresse angeben):</i>
Wird sie dieser in der Einrichtung weiter behandeln? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Fachärzte <i>(mit Adresse angeben):</i>
Werden sie diese in der Einrichtung weiter behandeln? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Therapeuten <i>(mit Adresse angeben):</i>
Wird sie dieser in der Einrichtung weiter behandeln? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein



Anmeldung zur Heimaufnahme

Angaben zu Angehörigen/ Bevollmächtigte/Betreuern/ Sonstiges

Angehörige:

Vor- und Zuname:
Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer, ggf. Mailadresse):

Verwandtschaftsverhältnis:
Besteht eine Vorsorge-/Generalvollmacht? <input type="radio"/> ja (Kopie beifügen) <input type="radio"/> nein

Betreuer: (Beschluss Amtsgericht bzw. Kopie Betreuerausweis anfügen)

Vor- und Zuname:
Kontaktdaten (Adresse, Telefonnummer, ggf. Mailadresse):

Sonstige Angaben:

Besteht eine Inkontinenz? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Wird Sondennahrung benötigt? <input type="radio"/> ja, ausschließlich <input type="radio"/> ja, ergänzend <input type="radio"/> nein
Werden Hilfsmittel benutzt? <input type="radio"/> ja, welche _____ <input type="radio"/> nein
Was soll mit der Post geschehen? <input type="radio"/> BW aushändigen <input type="radio"/> ins Dienstzimmer legen
Soll ein Telefon freigeschaltet werden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Sollen die Medikamente durch die Park Apotheke geliefert werden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Besteht eine Patientenverfügung? <input type="radio"/> ja (Kopie beifügen) <input type="radio"/> nein
Besteht eine Bestattungsvorsorge? <input type="radio"/> ja (Kopie beifügen) <input type="radio"/> nein
Wie sind sie auf uns aufmerksam geworden? <input type="radio"/> Internet <input type="radio"/> Werbung <input type="radio"/> Sonstige

geplantes Einzugsdatum:
Zimmernummer:

Ort/ Datum

Unterschrift (ggf. Bevollmächtigter/Betreuer)