

Anmeldung zur Heimaufnahme

Pflegeart

Dauerpflege Gewünschter Aufnahmetag:

Kurzzeitpflege von: bis:

Aufnahmegrund:

Persönliche Angaben

Nachname:

Geburtsname:

Vorname:
(bei mehreren Vornamen den Rufnamen bitte unterstreichen)

Geburtsdatum: Geburtsort:
(TT/MM/JJJJ)

Familienstand: seit wann:
(TT/MM/JJJJ)

Konfession: Nationalität:

Wohnort:
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

Bearbeitet	Geprüft	Freigabe	Seite
LWR	YBE	MLW	Seite 1 von 4

Anmeldung zur Heimaufnahme

Sind Sie zurzeit im Krankenhaus? Ja Nein

.....
Name des Krankenhauses

Sind Sie zurzeit oder waren Sie schon einmal vollstationär Ja Nein
in einer anderen Einrichtung?

wenn ja, wann:
Aufnahme- und Entlassdatum

.....
Name der Einrichtung

.....
Straße, Hausnummer PLZ, Ort

.....
Telefon Fax

Ist eine Pflegeplatzvermittlung involviert? Ja Nein

wenn ja, welche:
Name der Vermittlung

Informationen Heimaufnahme

Einzelzimmer Doppelzimmer

Diät? Ja Nein

Wenn ja, welche (evtl. Sondenernährung):

.....

Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen (z.B. Fixierung, Weglaufgefährdung, etc.):

.....

.....

Gibt es eine Bestattungsvorsorge? Ja Nein

Wenn eine Bestattungsvorsorge vorliegt, bitte der Anmeldung hinzufügen.

Bearbeitet	Geprüft	Freigabe	Seite
LWR	YBE	MLW	Seite 2 von 4

Anmeldung zur Heimaufnahme

Informationen Pflegekasse

.....
Pflegekasse

.....
Versichertennummer

Versicherungsverhältnis: Gesetzlich Privat

Kostenträger außer der Pflegekasse: Selbstzahler Sozialhilfe

Wenn bereits ein Antrag an das Sozialamt gestellt wurde, bitte eine Kopie der Anmeldung hinzufügen.

Pflegegrad: Ja Nein Beantragt am

Wenn ja, welcher:

Hausarzt

.....
Name der Praxis

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Ort

.....
Telefon

.....
Fax

Antragsteller/-in (falls abweichend)

Gesetzlicher Betreuer/Gesetzliche Betreuerin Bevollmächtigte/-r

Angehörige/-r

.....
Verwandtschaftsverhältnis

.....
Vor- und Nachname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Wohnort

.....
Telefon

.....
Mobil

.....
E-Mail

Bearbeitet	Geprüft	Freigabe	Seite
LWR	YBE	MLW	Seite 3 von 4

Anmeldung zur Heimaufnahme

Angehörige/Bevollmächtigte

Gesetzlicher Betreuer/Gesetzliche Betreuerin Bevollmächtigte/-r

Angehörige/-r

.....
Verwandtschaftsverhältnis

.....
Vor- und Nachname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Wohnort

.....
Telefon

.....
Mobil

.....
E-Mail

Weitere Angehörige/Bevollmächtigte

Gesetzlicher Betreuer/Gesetzliche Betreuerin Bevollmächtigte/-r

Angehörige/-r

.....
Verwandtschaftsverhältnis

.....
Vor- und Nachname

.....
Straße, Hausnummer

.....
PLZ, Wohnort

.....
Telefon

.....
Mobil

.....
E-Mail

Wer und wann soll im Fall einer Verschlechterung des Allgemeinzustands informiert werden?

Jede Tages- und Nachtzeit

Tagsüber

.....
Vor- und Nachname

.....
Datum

.....
Unterschrift Antragsteller/-in

Wenn nicht Personengleichheit, auch Unterschrift des Aufzunehmenden

Bearbeitet	Geprüft	Freigabe	Seite
LWR	YBE	MLW	Seite 4 von 4