



AWO
Seniorenzentrum
Süssendell
Süssendell 1 52224 Stolberg
Tel.: 02402 – 70 949 0
Fax: 02402 - 70 949 999

Eingangsvermerke der Einrichtung

Anmeldung zur Aufnahme

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Danke für Ihr Verständnis.

Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden!

1. Name (Familienname, bei Frauen auch bitte Geburtsname angeben)

2. Vorname(n) Rufname bitte unterstreichen

3. Wohnung (Hauptwohnsitz, polizeilich gemeldet)

_____ Anschrift
_____ Telefon

4. Zur Zeit in welchem Krankenhaus oder in welcher Einrichtung?

_____ Name des Krankenhauses, der Einrichtung
_____ Anschrift des Krankenhauses, der Einrichtung

5. Geburtsdaten (ggf. auch Land mit angeben)

_____ am _____ in _____

6. Familienstand: verh. getrennt lebend geschieden verw. ledig

7. Konfession: _____ **8. Staatsangehörigkeit:** _____

9. Angehörige:

wie verwandt? _____ Vorname _____ Zuname _____
PLZ _____ Ort _____ Straße, Nr., _____
Tel. _____ Tel. mobil _____ Fax _____ Mail _____

wie verwandt? _____ Vorname _____ Zuname _____
PLZ _____ Ort _____ Straße, Nr., _____
Tel. _____ Tel. mobil _____ Fax _____ Mail _____

wie verwandt? _____ Vorname _____ Zuname _____
PLZ _____ Ort _____ Straße, Nr., _____
Tel. _____ Tel. mobil _____ Fax _____ Mail _____

10. Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte nachstehend Bekannte bzw. Freunde angeben:

_____ Vorname _____ Zuname _____
PLZ _____ Ort _____ Straße, Nr., _____
Tel. _____ Tel. mobil _____ Fax _____ Mail _____

_____ Vorname _____ Zuname _____
PLZ _____ Ort _____ Straße, Nr., Tel. _____
Tel. _____ Tel. mobil _____ Fax _____ Mail _____

11. Betreuer o. Bevollmächtigter
(Name, Anschrift, Telefon ,FAX, Mail)

Bitte Wenden!

12. freiheitsentziehende Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
13. Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
14. Bestattungsvertrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
15. Krankenkasse / Versicherten-Nr.		
16. Pflegekasse		
Liegt für den Aufzunehmenden bereits ein Pflegegrad vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn Ja , welcher Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	
Wenn Nein , wurde eine Pflegebegutachtung bereits veranlaßt oder bereits durchgeführt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
17. Name des Hausarztes	_____ Dr. _____	_____ Anschrift _____
18. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)		
Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag EUR
19. Kostenträger (zutreffendes bitte ankreuzen)		
Die Heimkosten werden aufgebracht durch		
<input type="checkbox"/> eigenes Einkommen / Vermögen (Selbstzahler)		
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger Antrag gestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
20. Bankverbindung		
Heimkosten werden abgebucht von IBAN:		BIC:
Bankverbindung:		
21. Gewünschte Unterbringung		
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer		
22. Termin (wann wird die Aufnahme gewünscht)		
23. Diät notwendig? Welche? Warum?		
<p>Der vom Arzt aktuell ausgefüllte Fragebogen liegt bei.</p> <p>_____, den _____ 20____</p> <p>Unterschrift des Antragstellers:</p> <p>Bitte, überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind, die Vormerkung zur Aufnahme erfolgt grundsätzlich erst nach Abgabe aller geforderten Unterlagen.</p> <p>Datenschutzrechtlicher Hinweis: Kommt es nicht zur Heimaufnahme, wird dieses Dokument und damit die erhobenen Daten durch die Einrichtung vernichtet.</p>		
Für Vermerke der Einrichtung:		