

ASB Seniorenresidenz „Saaleblick“ Walkhoffstr. 1, 06425 Alsleben

Tel.: 034692-21296

Anmeldung zur Heimaufnahme

vollstationär Kurzzeitpflege vom.....bis.....

Angaben zur Person (zukünftiger Bewohner/in)

Name: Geburtsdatum:

Vorname: Geburtsort:.....

Geburtsname: Familienstand:.....

Staatsangehörigkeit:..... Konfession:

Personalausweisnummer:.....gültig bis:.....

Bisheriger Wohnsitz:.....
(PLZ, Ort, Str. u. Haus-Nr.)

.....

Angehörige:

1. _____
(Name, Vorname, Straße, Haus – Nr., PLZ, Ort)

Telefon:..... Verwandtschaftsgrad:

2. _____
(Name, Vorname, Straße, Haus – Nr., PLZ, Ort)

Telefon:..... Verwandtschaftsgrad:

Wie sind Sie auf unser Haus aufmerksam geworden?

.....

Besteht eine gerichtl. Betreuung bzw. gibt es Vollmachten? Vollmacht in Kopie hinzufügen.

Wenn ja, welche?

.....

Name und Anschrift des/r Bevollmächtigten oder
Betreuers/in.....
(Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

.....

Telefon:.....Aktenzeichen:.....

Aufgabenkreis:
.....

Liegt eine Patientenverfügung vor? ja nein

Krankenkasse: KV.-Nr.

Zuzahlungsbefreiung liegt vor? ja nein

Hausarzt:
(Name, Straße, PLZ, Ort und Telefon)

Zahnarzt:
(Name, Straße, PLZ, Ort und Telefon)

Übernimmt Ihr bisheriger Hausarzt die med. Betreuung im Heim? ja nein

Facharzt: Anschrift:

Optiker: Anschrift:

Fußpflege: Anschrift:

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? ja nein beantragt am:

Wer stellt diesen Heimantrag? Name:

Anschrift:

Tel.-Nr.:

Grund der Heimaufnahme:
.....
.....
.....

Fernsehanschluss gewünscht: ja nein

Telefonanschluss gewünscht: ja nein

Pflegeprodukte (Duschbad, Shampoo...)
durch Einrichtung einkaufen lassen: ja nein

Beziehen Sie in der Häuslichkeit schon Inkontinenzmaterial ? ja nein

Besteht ein Versorgungsvertrag? ja nein

Wenn ja, mit welchem Lieferanten ?

.....

Wird Sozialhilfe bezogen oder beantragt? ja nein

Selbstzahler: ja nein

Rechnungsempfänger:
(Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort)

.....

Pflegegrad bei Aufnahme: ambulant: vollstationär:

Termin der Aufnahme:

Im Todesfall: (ist generell auszufüllen)

Bestattungsinstitut:

Erdbestattung:

Feuerbestattung:

Ort: Datum:

Unterschrift des Antragstellers:

Unterschrift des Aufzunehmenden:

Es handelt sich bei der Antragstellung nicht um einen Vertragsabschluss, dieser erfolgt erst mit der Unterzeichnung des Wohn- und Betreuungsvertrages.

Der Einrichtungsträger ist verpflichtet, vertraulich mit meinen persönlichen Daten umzugehen.