


Anmeldung zum Einzug SZ

Version: 1.0

	<p>Anmeldung Einzug</p> <p><input type="checkbox"/> AWO Sozialzentrum Eisenberg <input type="checkbox"/> Gerontopsychiatrische Wohngruppe Sonne</p>	<p>Ansprechpartnerinnen: Ilona Eichler Daniela Gerbig Tel. 036691 / 48450 Fax. 036691 / 48480 sozialzentrum@awo-shk.de</p>
---	--	--

Eingangsdatum (wird von Einrichtung ausgefüllt!):

- Antrag zur Kurzzeit- und/oder Verhinderungspflege
 Antrag zur vollstationären Aufnahme
 Antrag zur Vorsorge

Zutreffendes bitte ankreuzen UND vollständig ausfüllen!

Familienname	
Geburtsname	
Vorname(n)	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden
Konfession	
Straße / Hausnummer	
Wohnort / PLZ	
Größe / Gewicht	Größe:..... Gewicht:..... Wann gewogen!.....
Letzte (berufliche) Tätigkeit	
Krankenkasse/Pflegekasse	
Versicherungsnummer	
Zuzahlungsbefreiung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerbehinderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Anmeldung zum Einzug SZ

Version: 1.0

zutreffendes bitte ankreuzen

Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 Seit wann (Monat/Jahr):.....
Pflegerelevante Diagnosen	<input type="checkbox"/> Demenz <input type="checkbox"/> Hin- und/oder Weglauftendenz <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen <input type="checkbox"/> Beeinträchtigungen Geh- & Stützapparat <input type="checkbox"/> Ess- & Trinkeinschränkungen/-Störungen <input type="checkbox"/> Seh & Hörbeeinträchtigungen <input type="checkbox"/> weitere:
Wer übernimmt die Pflege derzeit?	<input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> ambulanter Pflegedienst <input type="checkbox"/> Familie / Freunde <input type="checkbox"/> sonstige Personen
Welche Hilfsmittel nutzen Sie? (Brille, Rollator, Rollstuhl, etc.)	
Nutzen Sie Materialien zur Kontinenz Versorgung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie einen gerichtlich bestellten Betreuer*in?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name, Vorname:..... Telefon:..... E-Mail:.....
Haben Sie eine Vorsorgevollmacht?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Anmeldung zum Einzug SZ

Version: 1.0

Haben Sie eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verantwortliche / Zuständige Angehörige <small>(gem. Vollmacht)</small>	Verwandtschaftsverhältnis: <input type="checkbox"/> 1. Grades z.B. Kind <input type="checkbox"/> 2. Grades z. B. Enkelkind, Geschwister <input type="checkbox"/> Bekannte*r / Freund*in <input type="checkbox"/> Andere:
Name, Vorname:..... Straße, Hausnummer:..... PLZ, Ort:..... Telefonnummer/Mobil:..... E-Mail:.....	
Name des Hausarztes:
Anschrift:
Telefonnummer:

Angaben zur Höhe des monatlichen Einkommens

Rente	
Witwenrente	
Sonstige Einkünfte	

Anmeldung zum Einzug SZ
Version: 1.0

Wer stellt diesen Antrag?

Name	
Anschrift	
Telefonnummer	
E-Mail	
Verwandtschaftsverhältnis	

Hinweise, Bemerkungen, Erklärungen zum Antrag

Diese Anmeldung ist unverbindlich.
Die Angaben entsprechen den tatsächlichen Gegebenheiten.

HINWEIS: Bitte teilen Sie uns umgehend mit, wenn die Heimaufnahme nicht mehr gewünscht wird! Vielen Dank!

Datum

Unterschrift des Antragstellers