



**Anmeldung
Einzug
AWO Seniorenresidenz Camburg**

Ansprechpartnerinnen:
Grit Exner
Sabine Willem
Tel. 036421 / 2930-0
Fax. 036421 / 2930-19
seniorenresidenz@awo-shk.de

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

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
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:.....	
Anschrift und Telefonnummer	
Hausarzt:	

Angaben zur Höhe des monatlichen Einkommens

Rente	
Witwenrente	
Sonstige Einkünfte	

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