

	Anmeldung zur Heimaufnahme AWO Seniorenresidenz Camburg	Ansprechpartnerinnen: Grit Exner Sabine Willem Tel. 036421 / 29300 Fax. 036421 / 293019 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 wahrheitsgemäß 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
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):..... MD Gutachten liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Besonderheiten / Auffälligkeiten / Hinweise	

Pflegerrelevante 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
Haben Sie eine Pflegevorsorge Vollmacht?	Vorsorge für den Pflegefall Vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verantwortliche / Zuständige Angehörige (gem. Vollmacht)	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 Finanzierung des monatlichen Heimentgeldes

Rente	
Witwenrente	
Sonstige Einkünfte ggf. Vermögen	
Sozialhilfe	notwendig: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kontaktaufnahme mit Sozialamt (Antragsteller!)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Wer stellt diesen Antrag?

Name	
Anschrift	
Telefonnummer	
E-Mail	
Verwandtschaftsverhältnis	

Hinweise, Bemerkungen, Erklärungen zum Antrag

Diese Anmeldung ist **unverbindlich**. Es besteht kein Anspruch auf einen Platz.
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