



**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
<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> <b>1</b> <input type="checkbox"/> <b>2</b> <input type="checkbox"/> <b>3</b> <input type="checkbox"/> <b>4</b> <input type="checkbox"/> <b>5</b> Seit wann (Monat/Jahr):..... MD Gutachten liegt vor: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Besonderheiten / Auffälligkeiten / Hinweise</b>	

<b>Pflegerrelevante Diagnosen</b>	<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 <b>Betreuer*in</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Name, Vorname:..... Telefon:..... E-Mail:.....
Haben Sie eine <b>Vorsorgevollmacht</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine <b>Patientenverfügung</b> ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Haben Sie eine <b>Pflegevorsorge</b> Vollmacht?	Vorsorge für den Pflegefall Vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Verantwortliche / Zuständige <b>Angehörige</b> (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:..... <b>E-Mail:</b> .....	

Anschrift und Telefonnummer <b>Hausarzt</b>	
--	--

### 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