

Vorlage Anmeldung zum Einzug Sozialzentrum
Version: 3.0

Anmeldung zur Heimaufnahme AWO Sozialzentrum Eisenberg	Ansprechpartnerinnen: Mitarbeiterin Informationsbüro: Ilona Eichler Einrichtungsleiterin: Daniela Gerbig Tel. 036691 / 48450 Fax. 036691 / 48480 sozialzentrum@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	☐ ledig ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden
Konfession	
Straße / Hausnummer	
Wohnort / PLZ	
Größe / Gewicht	Größe:..... Gewicht:..... Wann gewogen!.....
Letzte (berufliche) Tätigkeit	
Krankenkasse/Pflegekasse	
Versicherungsnummer	
Zuzahlungsbefreiung	☐ ja ☐ nein
Schwerbehinderung	☐ ja ☐ nein
Pflegegrad	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 Seit wann (Monat/Jahr):..... MD Gutachten liegt vor: ☐ ja ☐ nein

Vorlage Anmeldung zum Einzug Sozialzentrum
Version: 3.0

Besonderheiten / Auffälligkeiten / Hinweise z.B. richterl. Beschlüsse	
--	--

Pflegerelevante Diagnosen	☐ Demenz ☐ Hin- und/oder Weglauftendenz ☐ Psychische Erkrankungen ☐ Beeinträchtigungen Geh- & Stützapparat ☐ Ess- & Trinkeinschränkungen/-Störungen ☐ Seh & Hörbeeinträchtigungen ☐ weitere:
Wer übernimmt die Pflege derzeit?	☐ Pflegeeinrichtung ☐ ambulanter Pflegedienst ☐ Familie / Freunde ☐ sonstige Personen
Welche Hilfsmittel nutzen Sie? (Brille, Rollator, Rollstuhl, etc.)	
Nutzen Sie Materialien zur Kontinenz Versorgung?	☐ ja ☐ nein
Haben Sie einen gerichtlich bestellten Betreuer*in ?	☐ ja ☐ nein Name, Vorname:..... Telefon:..... E-Mail:.....
Haben Sie eine Vorsorgevollmacht ?	☐ ja ☐ nein
Haben Sie eine Patientenverfügung ?	☐ ja ☐ nein
Haben Sie eine Pflegevorsorge Vollmacht?	Vorsorge für den Pflegefall Vorhanden: ☐ ja ☐ nein
Verantwortliche / Zuständige Angehörige	Verwandtschaftsverhältnis: ☐ 1. Grades z.B. Kind

Vorlage Anmeldung zum Einzug Sozialzentrum
Version: 3.0

(gem. Vollmacht)	☐ 2. Grades z. B. Enkelkind, Geschwister ☐ Bekannte*r / Freund*in ☐ 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: ☐ ja ☐ nein
Kontaktaufnahme mit Sozialamt (Antragsteller!)	☐ ja ☐ nein

Wer stellt diesen Antrag?

Name	
Anschrift	
Telefonnummer	
E-Mail	
Verwandtschaftsverhältnis	

Vorlage Anmeldung zum Einzug Sozialzentrum
Version: 3.0

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

Von der Einrichtung auszufüllen
In der Versorgung zu beachtende Aspekte:

Datum: _____

Unterschrift: _____