

ASB SPH „Rosenblick“

Karl-Marx-Str. 30

06406 Bernburg

Tel.: 03471/ 3627-0

Anmeldung zur Heimaufnahme

vollstationär Kurzzeitpflege vonbis

Angaben zur Person (zukünftige/r Bewohner/in)

Name:..... Geburtsdatum:.....

Vorname:..... Geburtsort:.....

Geburtsname:..... Familienstand:.....

Staatsangehörigkeit:..... Konfession:.....

PA – Nr.:..... gültig bis:.....

bisheriger Wohnsitz:.....

Angehörige:

1. _____
(Name, Vorname; Straße – Nr.; PLZ, Ort)

Telefon:..... Verwandtschaftsgrad:.....

2. _____
(Name, Vorname; Straße – Nr.; PLZ, Ort)

Telefon:..... Verwandtschaftsgrad:.....

Wie sind Sie auf unser Haus aufmerksam geworden?

.....

Betreuer oder Bevollmächtigter (Betreuungsausweis oder Vollmacht in Kopie hinzufügen)

Name, Vorname:..... Verwandtschaftsgrad:.....

Straße – Nr.; PLZ, Ort:.....

Telefon:..... Aktenzeichen:.....

Aufgabenkreis/e:.....

Liegt eine Patientenverfügung oder Vorsorgevollmacht vor? ja nein

Hausarzt:.....
(Name; Straße; PLZ, Ort – Tel.)

Facharzt:.....
(Name; Straße; PLZ, Ort – Tel.)

Krankenkasse.....

KV – Nr.:.....

Zuzahlungsbefreiung liegt vor? ja nein

Übernimmt Ihr Hausarzt die med. Betreuung im Heim? ja nein

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? ja nein beantragt

Pflegegrad: 2 3 4 5 Kurzzeitpflege

stationär ambulant beantragt

Wird Unterstützung durch das Sozialamt bezogen oder beantragt? ja nein

Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?

PLZ, Ort:.....

Möchten Sie ein Einzelzimmer? ja nein

Fernsehanschluss gewünscht? ja nein

Telefonanschluss gewünscht? - muss über die Telekom angemeldet werden

Namensschilder bestellen und einpatchen lassen? ja nein

Kauf von Hygieneartikel gewünscht? ja nein
(Duschbad, Bodylotion etc.)

Besteht ein Versorgungsvertrag mit IKM? ja nein

Wenn ja, mit welchem Lieferanten?.....

Wer soll im Not- oder Todesfall informiert werden?

1. _____
(Name, Vorname; Straße – Nr.; PLZ, Ort)

Telefon:..... Verwandtschaftsgrad:.....

2. _____
(Name, Vorname; Straße – Nr.; PLZ, Ort)

Telefon:..... Verwandtschaftsgrad:.....

Welche Maßnahmen sollen im Todesfall getroffen werden?

Bestattungsart: _____ Bestattungsinstitut: _____

Es handelt sich bei der Antragstellung nicht um einen Vertragsabschluss, dieser erfolgt erst mit der Unterzeichnung des Heimvertrages.

Der Einrichtungsträger ist verpflichtet, vertraulich mit meinen persönlichen Daten umzugehen.

Ort, Datum

Unterschrift d. Antragsstellers

Unterschrift d. Aufnehmenden