

ASB SPH „Rosenblick“

Karl-Marx-Str. 30

06406 Bernburg

Tel.: 03471/ 3627-0

Anmeldung zur Heimaufnahme

vollstationär       Kurzzeitpflege von .....bis .....

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 am: .....

Pflegegrad:  2  3  4  5  Kurzzeitpflege

stationär  ambulant  beantragt am: .....

Wird Unterstützung durch das Sozialamt bezogen oder beantragt?  ja  nein

Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?

PLZ, Ort:.....

Private Wäsche beim ASB waschen?  ja  nein Wäsche-Nr.:

Fernsehanschluss gewünscht?  ja  nein

Telefonanschluss gewünscht?  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: \_\_\_\_\_

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

**Bitte die Anmeldung nur vollständig ausgefüllt abgeben! Danke.**

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift d. Antragsstellers

-----  
Unterschrift d. Aufnehmenden