



**Kurzzeitpflege:**

**Vollstationäre Pflege:**

**Aufnahmedatum:** \_\_\_\_\_

**Zimmer-Nr.:** \_\_\_\_\_

**Bereich:** \_\_\_\_\_

**Aufnahmeformular**

Datum: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt: \_\_\_\_\_

Sozialer Dienst des zust. KH: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Geb. Ort: \_\_\_\_\_ Kinder: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ seit wann?: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

**Betreuung**

**Vollmacht**

**Patientenverfügung:  ja  nein**

Angehörige/r: \_\_\_\_\_  Betreuer/in: \_\_\_\_\_  Bevollmächtigte/r: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ wie verwandt: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.priv.: \_\_\_\_\_ Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Angehörige/r: \_\_\_\_\_  Betreuer/in: \_\_\_\_\_  Bevollmächtigte/r: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ wie verwandt: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.priv.: \_\_\_\_\_ Tel. dienstl.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Facharzt: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Anschrift.: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Kur-Apotheke**

**Zahnärztl. Versorgung von Dr. Jagade**  ja, ist erwünscht  nein, nicht erwünscht

Kranken-/Pflegekasse: \_\_\_\_\_

**Pflegegrad:** \_\_\_\_\_ **Eingeschränkte Alltagskompetenz:** \_\_\_\_\_

Befreiung von Rezeptgebühren/Transportkosten bis: \_\_\_\_\_

Schwerbehinderung: Art der Behinderung: \_\_\_\_\_

Zimmerwunsch:  Einzelzimmer  Doppelzimmer

mit Balkon/Terrasse  evtl. Zimmer

**Postzustellung**

- Bewohner selbst  im Heim sammeln:
- nachschicken  Büro  Pflege  Zimmer

Anmeldung BewohnerIn



**Anamnesedaten des Bewerbers:**

**Gesundheitsdaten/Diagnosen:**

**Anmerkungen der Angehörigen/Betreuer:**

Allergien/Unverträglichkeiten:

Inkontinenz:  ja  nein      Katheder:  ja  nein      Diabetes:  ja  nein

Nahrungsaufnahme:

Mobilität:

Hilfsmittel:  Rollstuhl  Rollator  Stock/Krücken  Brille  Hörgerät  Gebiss

Orientiertheit:      *räumlich:*  ja  nein      *zeitlich:*  ja  nein  
*persönlich:*  ja  nein      *situativ:*  ja  nein

**Soziales Verhalten/Aktivitäten:**

Kommunikation möglich?:  ja  nein  eingeschränkt

Interessen/ Hobbies:

Beruf:

Gewohnheiten:

Phobien/Ängste/Abneigungen:

**Vermögensdaten des Bewerbers:**

Selbstzahler

Sozialhilfe

Wohngeld

**Wie sind Sie auf uns/unsere Einrichtung aufmerksam geworden?**



Zum Einzug in unsere Einrichtung, sollten Sie bitte  
folgende Dinge mitbringen:

- Personalausweis
- Krankenversicherungskarte
- Arztbericht über Diagnosen
- Aktuelle Medikamentenliste und Verabreichungen
- Benötigte Medikamente, Insulin, Salben usw. (in der Original Verpackung)
- Bekleidung in ausreichender Form (Tages-, Nacht- und Unterwäsche)
- Hygienemittel
- Falls vorhanden:
  - Befreiungskarte
  - Schwerbehindertenausweis
  - Marcumarpass
  - Diabetikerausweis
  - Allergiepass
  - Patientenverfügung und Vorsorgevollmacht
  - Richterliche Anordnungen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen  
(bzw. Bettgitter)
- Ungekennzeichnete und neue Wäsche bitte erst in die Waschküche zur Kennzeichnung geben, damit es nicht zu Verwechslungen kommt.

***Danke!***

*Für Fragen und Anregungen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.*