

FRAGEBOGEN UND ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

Sie möchten demnächst Ihren Wohnsitz ins Altenheim Deuz verlegen. Damit wir die nötigen Vorbereitungen treffen können, würden wir Sie gerne jetzt schon ein wenig näher kennenlernen.

Hierzu bitten wir Sie, uns die folgenden Fragen zu beantworten.

Zunächst bitte einige Angaben zu Ihrer Person.

Angaben zu
Ihrer Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienname	Geburtsname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname(n)	Staatsangehörigkeit
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Geburtsdatum	Geburtsort
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienstand	Religion
<input type="text"/>	
bisheriger Wohnort	

Wenn Sie verheiratet sind oder waren, bitten wir um einige Informationen zu Ihrem Ehepartner.

Angaben zu
Ihrem Ehepartner

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familienname	Geburtsname
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Vorname(n)	Sterbedatum

Wir möchten mit Ihren Angehörigen oder auch anderen Bezugspersonen Kontakt halten.
Bitte geben Sie uns an, wen Sie hierfür vorschlagen.

Angaben zur
ersten Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	Wie verwandt?

Angaben zur
zweiten Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	Wie verwandt?

Angaben zur
dritten Person

<input type="text"/>	<input type="text"/>
Name, Vorname	Telefon
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Anschrift	Wie verwandt?

Wenn für Sie eine Betreuung (durch das Amtsgericht) eingerichtet ist, bitten wir um die folgenden Angaben.

Angaben zu Ihrem Betreuer

Aufgabenbereich des Betreuers	
Name, Vorname	
Anschrift	
Telefon	Amtsgericht, Aktenzeichen

Welcher Krankenkasse gehören Sie an? Bitte Versicherungs-Nr. und Anschrift angeben.

Angaben zu Ihrer Krankenkasse

Name der Krankenkasse
Versicherungsnummer
Anschrift

Jetzt benötigen wir einige Informationen zu Ihrem Gesundheitszustand.

Leiden Sie an

Demenz	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Orientierungsstörungen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
Diabetes	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Psychischer Erkrankung	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>		ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>

Benutzen Sie einen

Rollstuhl	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>	Gehhilfen	ja <input type="radio"/>	nein <input type="radio"/>
-----------	--------------------------	----------------------------	-----------	--------------------------	----------------------------

Brauchen Sie Hilfe

bei der Körperpflege	nein <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
beim An- und Auskleiden	nein <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
bei den Mahlzeiten	nein <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
bei Benutzung der Toilette	nein <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
zum Ausführen ärztl. Verordnungen	nein <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
beim Gehen	nein <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
bei Benutzung des Rollstuhles	nein <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>

Sind Sie bettlägerig?

nein <input type="radio"/>	manchmal <input type="radio"/>	immer <input type="radio"/>
----------------------------	--------------------------------	-----------------------------

Liegt Inkontinenz vor?

Harninkontinenz nein manchmal immer

Stuhlinkontinenz nein manchmal immer

Benötigen Sie besondere Kost? nein manchmal immer

Wenn ja, welche?

Sind Sie von der Pflegekasse schon einer Pflegestufe zugeordnet?

Wenn ja, in welche?
Pflegestufe

**An ein paar Fragen zu Ihrer finanziellen Situation kommen wir leider nicht vorbei.
Wer trägt die Heimkosten (nach Abzug aller Zuschüsse)?**

Sie selbst aus eigenem Einkommen ja nein

Aus Ersparnissen ja nein

Das zuständige Sozialamt ja nein

Sozialamt / Ort

Wird in absehbarer Zeit Sozialhilfe erforderlich ja nein

Wenn ja, wann etwa?
Wann etwa ist Sozialhilfe erforderlich

Liegen Befreiungen vor?

Von Rezeptgebühren ja nein

Von Fahrtkosten ja nein

Von Rundfunk- und Fernsehgebühren ja nein

**Wir wüßten gerne ein wenig aus Ihrem Lebenslauf.
Welche Schulbildung haben Sie?**

Welchen Beruf haben Sie erlernt?

**Erzählen Sie uns bitte etwas über Ihre Familie.
(Zahl der Kinder, der Enkel, der Urenkel usw.)**

Gibt es besonders wichtige Ereignisse in Ihrem Leben, die wir wissen sollten?

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME

Nichtzutreffendes
bitte streichen

Hiermit melde ich mich verbindlich für einen Heimplatz im Altenheim Deuz an.

Die Aufnahme sollte möglichst zum erfolgen.

Hiermit melde ich mich verbindlich für einen Kurzzeitpflegeplatz im Altenheim Deuz an,

für die Zeit vom bis

Soweit möglich, bitte ich für mich ein Einzelzimmer / Mehrbettzimmer vorzusehen.

Sollten sich bis dahin gegenüber meinen Angaben im vorstehenden Fragebogen wesentliche Änderungen ergeben, werde ich das Altenheim Deuz hiervon unterrichten.

Weiteren Schriftwechsel bitte ich mit folgender Person zu führen:

Person für
weiteren
Schriftwechsel

Name, Vorname

Anschrift

Telefon

Diese Anmeldung unterschreibe ich eigenhändig wie folgt:

Ort und Datum
Unterschrift

Ort, Datum

Unterschrift

Da Frau / Herr zu einer eigenhändigen Unterzeichnung nicht mehr

in der Lage ist, unterzeichne ich in meiner Eigenschaft als

diese Anmeldung rechtsverbindlich. Eine Vollmacht werde ich -soweit erforderlich- dem Altenheim Deuz e.V. noch vorlegen.

Ort und Datum
Unterschrift
der Vertreters

Ort, Datum

Unterschrift