

## Fragebogen zur Heimaufnahme

Altenheim Deuz, Kölnerstraße 50, 57250 Netphen/Deuz

www.altenheim-deuz.de

Anmeldung für :  Dauerpflege  Kurzzeitpflege

<b>Name</b>	Familienname, Vorname:
	Geburtsname:
	Straße, Hausnummer:
	Postleitzahl, Ort:
	Geburtsdatum: <span style="float: right;">Geburtsort:</span>
	Familienstand:
	Konfession:
<b>Rechnungsempfänger/ Bevollmächtigter</b>  <input type="checkbox"/> Vorsorgebevollmächtigter <input type="checkbox"/> Betreuer	Vor- und Zuname:
	Straße, Hausnummer:
	Postleitzahl, Ort:
	Telefon: <span style="float: right;">Mobilnummer:</span>
	Email:
	Verwandtschaftsverhältnis:
<b>Weitere Angehörige</b>  <input type="checkbox"/> ebenso vorsorgebevollmächtigter	Vor- und Zuname:
	Straße, Hausnummer:
	Postleitzahl, Ort:
	Telefon: <span style="float: right;">Mobilnummer:</span>
	Email:
	Verwandtschaftsverhältnis:
<b>Hausarzt</b>	Name:
	Ort:
	Telefonnummer:

➔ Weiter auf nächster Seite

## Fragebogen zur Heimaufnahme

Altenheim Deuz, Kölnerstraße 50, 57250 Netphen/Deuz

www.altenheim-deuz.de

<b>Kranken-/Pflegekasse</b>	Name der Krankenkasse:
	Pflegegrad: Beantragt <input type="checkbox"/> keinen <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
	Versicherungsnummer:
	Befreit von Zuzahlungen: Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> bis:
<b>Impfung COVID-19</b>	Impfschutz vorhanden? Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> seit:                      Impfstoff:
<b>Diagnosen</b>	
<b>Einige Fragen zum Gesundheitszustand</b>	<b>Bestehen Orientierungsstörungen:</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> personell <input type="checkbox"/> situativ
	<b>Mobilität:</b> <input type="checkbox"/> Selbstständig mobil <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe mobil <input type="checkbox"/> Bettlägerig
	<b>Benutzung von:</b> <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl
	<b>Besteht eine Weglaufgefahr:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	<b>Besteht eine Fixierung mit:</b> <input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Sonstiges
<b>Zimmerwunsch</b>	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Vorerst Doppelzimmer möglich
<b>Einzugszeit</b>	<b>Besprochener Kurzzeitpflegezeitraum (von-bis):</b>
	<b>Besprochener Dauereinzug am:</b>

<b>Anmeldung</b>	
Hiermit melde ich mich verbindlich für einen besprochenen <b>Dauerplatz/ Kurzzeitpflegeplatz (siehe oben)</b> im Altenheim Deuz an.	
<i>Sollte nach erfolgter Anmeldung ein Einzug ohne vorherige Zustimmung der Einrichtung (AH Deuz) nicht begonnen werden, wird eine Bearbeitungsgebühr in Höhe von 200€ fällig. Hiermit sind die Unterschriftsberechtigten schon bei Anmeldung einverstanden und stimmen dieser Gebühr ausdrücklich zu. Dies gilt nicht bei vertretbaren Gründen wie Krankheit, Tod, usw.</i>	
Die Anmeldung unterschreibe ich <input type="checkbox"/> Eigenhändig <input type="checkbox"/> Als Betreuer/ Vorsorgebevollmächtigter <i>(bitte senden Sie die entsprechende Vorsorgevollmacht/ Betreuungsurkunde als Kopie mit)</i>	
Ort, Datum	Unterschrift

Datenschutzhinweis:

Mit meiner Unterschrift willige ich in die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten ein. Meine Rechte auf Datenschutz finde ich auf dem Datenschutzblatt gemäß DSGVO, dass ich auf Verlangen von dem Altenheim Deuz anfordern kann. Ich habe jederzeit das Recht, die Einwilligung zur Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten zu widerrufen.