

Anmeldebogen zur Heimaufnahme

Altenheim Deuz, Kölnerstraße 50, 57250 Netphen/Deuz

www.altenheim-deuz.de

Anmeldung für

Dauerpflege Kurzzeitpflege

Name	Familienname, Vorname:
	Geburtsname:
	Straße, Hausnummer:
	Postleitzahl, Ort:
	Geburtsdatum: Geburtsort:
	Familienstand:
	Konfession
Rechnungsempfänger/ Bevollmächtigter <input type="checkbox"/> Vorsorgebevollmächtigter <input type="checkbox"/> Betreuer	Vor- und Zuname:
	Straße, Hausnummer:
	Postleitzahl, Ort:
	Telefon: Mobilnummer:
	Email:
	Verwandtschaftsverhältnis:
Falls davon abweichend Rechnungsempfänger	
Weitere Angehörige <input type="checkbox"/> ebenso Vorsorgebevollmächtigter	Vor- und Zuname:
	Straße, Hausnummer:
	Postleitzahl, Ort:
	Telefon: Mobilnummer:
	Email:
	Verwandtschaftsverhältnis:
Hausarzt	Name:
	Ort:
	Telefonnummer:

Anmeldebogen zur Heimaufnahme

Altenheim Deuz, Kölnerstraße 50, 57250 Netphen/Deuz

www.altenheim-deuz.de

Kranken-/Pflegekasse	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:
Impfung COVID-19?	<input type="checkbox"/> 1. Impfung am _____ <input type="checkbox"/> 2. Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> 3. Impfung am: _____ <input type="checkbox"/> 4. Impfung am: _____ (Nachweise bitte am Aufnahmetag mitbringen)
Diagnosen	
Ein paar Fragen zum Gesundheitszustand	Bestehen Orientierungsstörungen: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> personell <input type="checkbox"/> situativ
	Mobilität: <input type="checkbox"/> Selbstständig mobil <input type="checkbox"/> nur mit Hilfe mobil <input type="checkbox"/> Bettlägerig
	Benutzung von: <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl
	Besteht eine Weglaufgefahr: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
	Besteht eine Fixierung mit: <input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Sonstiges
Zimmerwunsch	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Vorerst Doppelzimmer möglich
Einzugszeit	Kurzzeitpflege von-bis:
	Dauereinzug ab:

Hiermit melde ich mich verbindlich für einen **Dauerplatz/ Kurzzeitpflegeplatz (siehe oben)** im Altenheim Deuz an. 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.

Die Anmeldung unterschreibe ich

Eigenhändig

Als Betreuer/ Vorsorgebevollmächtigter

(bitte senden Sie die entsprechende Vorsorgevollmacht/ Betreuungsurkunde als Kopie mit)

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.