

Anmeldung zur Aufnahme



Seite 1

per Fax an: **08234/9637-70**
oder im Briefkuvert an
untenstehende Adresse

AWO Seniorenheim
Bobingen
Lindauerstraße 31
86399 Bobingen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Wird von der Verwaltung ausgefüllt!

von bis Zimmer Nr. DX DZ EZ Kurzzeitbis stationär

Persönliche Daten

Nachname

Vorname

Geburtsname Geboren
am

Geboren in

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

Wohnung

(Bitte den Hauptwohnsitz angeben, an dem Sie auch polizeilich gemeldet sind.)

Straße/ Nr.

PLZ/ Ort

Telefon

Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim?
.....
.....
.....
.....

Bankverbindung

Bank

BIC

IBAN

Gewünschte Unterbringung

Zutreffendes bitte ankreuzen

Vollstationär Kurzzeitpflege

Beschützende Unterbringung (Geronto)

Termin

Zu welchem Zeitpunkt wird die Aufnahme gewünscht?

so bald wie möglich

noch unklar / bei Bedarf

Wunsch (MM/JJ)

Die Heimkosten werden aufgebracht durch

Zutreffendes bitte ankreuzen.

eigene Mittel

Sozialhilfe

Sozialhilfeantrag wird / wurde

Anmeldung zur Aufnahme

Name Seite 2

Angehöriger 1

Wie verwandt?
Name
.....
Straße/Nr.
PLZ/Ort
Telefon privat
Telefon geschäftlich
Mobil, Telefax
E-Mail

Angehöriger 2

Wie verwandt?
Name
.....
Straße/Nr.
PLZ/Ort
Telefon privat
Telefon geschäftlich
Mobil, Telefax
E-Mail

Betreuer / Bevollmächtigter

private Vollmacht
 gerichtlich bestellter Betreuer
Name
.....
Straße/Nr.
PLZ/Ort
Telefon privat
Telefon geschäftlich
Mobil, Telefax
E-Mail

Hausarzt

Name
Straße/Nr.
PLZ/Ort
Telefon geschäftlich
Mobil, Telefax

Krankenkasse

Name
Pflegegrad
Versichertennummer

Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle
Fragen vollständig beantwortet sind.

.....
Ort, Datum
.....
Unterschrift des Antragstellers

Bitte geben Sie verbindlich mit der Anmeldung den ärztl. Fragebogen,
Betreuungsvollmacht und Bescheid der Pflegekassen über den aktuellen
Pflegegrad ab.

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme



Bezirksverband
Schwaben e.V.

per Fax an: **08234/9637-70**

oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse

AWO Seniorenheim
Bobingen
Lindauerstraße 31
86399 Bobingen

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

Allgemeines

Größe, Gewicht

	ja	nein
Ist der Patient gehfähig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient bettlägerig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urininkontinenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Unterstützungsbedarf		
– bei Essen und Trinken?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– bei der Körperpflege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– beim Ankleiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– im Bereich Mobilität?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
– beim Benutzen der Toilette / Umgang mit Ausscheidungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ist der Patient zur Person orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verhaltensauffällig?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?		
Weglauff Tendenzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Welche?		

Wunden

Welche? ja nein

.....

.....

.....

Ansteckende Krankheiten ja nein (auch Tbc nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)

Welche?

	Nicht bekannt	ja	nein
MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
MRGN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Clostridien	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Andere			

Spezielle Versorgung

<input type="checkbox"/> Beatmungspflichtig	<input type="checkbox"/> Sauerstoffgabe
<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Port
<input type="checkbox"/> Dialyse	<input type="checkbox"/>

Werden spezielle Hilfsmittel benötigt? Welche?
.....
.....

Diagnosen

Gerne dürfen Sie uns einen PC-Ausdruck der gesamten Diagnosen und des aktuellen Medikamentenplanes zukommen lassen.

.....
.....

Allergien / Unverträglichkeiten

ja nein

Welche?

Hinweise und Bemerkungen des Arztes

.....

Stempel, Unterschrift des Arztes
Ort, Datum