

ANMELDUNG

zur Aufnahme im CARECON Vaterstetten GmbH

Nachname

Geburtsname

Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen)

Hauptwohnsitz

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

derzeitiger Aufenthalt

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

bei

Geburtsdatum

Geburtsort (mit Kreis und ggf. Land/Staat)

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

erlernter Beruf

zuletzt ausgeübter Beruf

Beruf des Gatten/der Gattin

Kinder (Anzahl) _____

Angehörige

1. _____
Vor- und Nachname

wie verwandt

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

2. _____
Vor- und Nachname

wie verwandt

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

3. _____
Vor- und Nachname

wie verwandt

Straße, Haus-Nr.

PLZ, Ort

Telefon

(falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine Vertrauensperson angeben)

gesetzlicher Betreuer

Bevollmächtigter

Name, Anschrift

Telefon

Krankenkasse (oder sonstiger Kostenträger für Arzt, Arznei usw.)

Name der Kasse, Anschrift

Telefon

Hausarzt

Name, Anschrift

Telefon

Monatliches Einkommen

_____ Art des Einkommens	_____ zahlende Stelle	_____ Betrag €
_____ Art des Einkommens	_____ zahlende Stelle	_____ Betrag €
_____ Art des Einkommens	_____ zahlende Stelle	_____ Betrag €

Die Appartement-/Heimkosten werden aufgebracht durch (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- das oben angeführte Einkommen
 Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben); Bestand heute: € _____
 Zahlungen von _____

- Gewünschtes Appartement im Bereich des selbstständigen Wohnens
 ca. 24 m² Einzel- ca. 31 m² Einzel- ca. 48 m² Doppel-Appartement

Gewünschter Einzugstermin: _____

- Geplanter Aufenthaltszeitraum im Falle der Pflege Tagespflege
 von _____ bis _____

Art des Pflegeaufenthalts

- vollstationäre Pflege Kurzzeitpflege Tagespflege

Gewünschtes Zimmer im Wohnbereich Pflege

- ca. 15 m² Einzel- ca. 26 m² Einzel-* ca. 26 m² Doppelzimmer *Komfortzuschlag
 Zimmer im Behüteten Wohnbereich, ca. 26 m² Doppelzimmer

Antragsteller für den Aufzunehmenden

Name, Anschrift

Telefon

in welcher Eigenschaft

Pflegegrad lt. MDK (falls vorhanden, Zutreffendes ankreuzen)

- I II III IV V
 keine Pflegegrad beantragt am: _____

Ich versichere, dass alle Angaben den Tatsachen entsprechen.

Ort, Datum

Unterschrift

Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden. Falls Sie diese Anmeldung zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr aufrecht erhalten wollen, bitten wir Sie, uns umgehend zu benachrichtigen,

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

Vor- und Zuname _____ Geburtsdatum _____

- Ist der Patient gehfähig? ja nein
- Ist der Patient stehfähig? ja nein
- Ist der Patient bettlägerig? ja nein Falls ja, ständig? ja nein
- Stuhlinkontinenz? ja nein Magensonde? ja nein
- Harninkontinenz? ja nein Katheter? ja nein
- Fremder Hilfe bedürftig beim
- Essen Waschen
 - Ankleiden Frisieren
 - Aufstehen aus dem Bett Lagern zur Nachtruhe
 - Benutzen der Toilette Mobilisieren
- In Form von Anleitung teilw. Übernahme vollst. Übernahme
- Örtlich orientiert? ja nein nicht immer
- Zeitlich orientiert? ja nein nicht immer
- Unruhezustände tags/nachts? ja nein nicht immer
- Gemütsstimmung? willig freundlich verdrießlich
- Weglaufgefährdung? ja nein
- Gefährliche Eigenschaften? nein ja, folgende: _____
- Suchtkrankheiten? nein ja, folgende: _____
- Körperliche Behinderung? nein ja, folgende: _____

Geistig-seelische Behinderung oder Störung? nein ja, folgende: _____

Ansteckende Krankheiten? (auch Tbc, MRSA) nein ja, folgende: _____

Diagnose _____

Weitere Hinweise und Bemerkungen des Arztes _____

Ich entbinde den Arzt von der Schweigepflicht.

Ort, Datum

Unterschrift des Patienten

Stempel und Unterschrift des Arztes