

Anmeldung / Vormerkung

Bitte füllen Sie die leeren Felder aus und kreuzen Sie zutreffend an:

Gewünschte Leistungen:

- Aufnahme zur Dauerpflege im Pflegeheim ab _____ Datum
- Kurzzeitpflege ab _____ Datum bis _____ Datum

Leistungsnehmer:

Name	Vorname	
Straße	PLZ / Ort	Telefon
Derzeitiger Aufenthalt		
Geburtsdatum	Geburtsname	Geburtsort
Letzter Ehegatte / Lebenspartner	Vorname	Geburtsname
Aktueller Hausarzt	Zahnarzt	Gewicht / Größe ca.
Staatsangehörigkeit	Konfession	Beruf
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet		

Angehörige / Nächste Kontaktpersonen:

1)	Name	Vorname	Verwandtschaftsverhältnis
	Straße	PLZ / Ort	
	Telefon	E-Mail	
2)	Name	Vorname	Verwandtschaftsverhältnis
	Straße	PLZ / Ort	
	Telefon	E-Mail	

Datenschutzerklärung

Der/die Angehörigen willigen darin ein, dass ihre Kontaktdaten (Telefon-Nr., Adresse, Verwandtschaftsverhältnis) erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden, soweit dies zum Zweck der Versorgung des Bewohners erforderlich ist. Die erteilte Einwilligung kann ganz oder teilweise jederzeit schriftlich widerrufen werden.

Ort, Datum	X Unterschrift Angehörige(r)
------------	--

Anmeldung / Vormerkung

Bitte füllen Sie die leeren Felder aus und kreuzen Sie zutreffend an:

Vollmachten / Betreuung:

- Besitzt jemand eine Generalvollmacht? ja nein beantragt
Wurde ein Betreuer bestellt? ja nein beantragt
Patientenverfügung vorhanden? ja nein

Name, Vorname des Bevollmächtigten: _____

Adresse _____

Telefon _____

Bitte reichen Sie uns eine Kopie der Vollmacht / Betreuungsurkunde ein.

Gesundheitszustand des Aufzunehmenden:

Kurze Beschreibung des Gesundheitszustandes: _____

- Körperliche Behinderungen: nein ja,
Bewegungsfähigkeit: normal im Rollstuhl mit Rollator (z. T.) bettlägrig
Geistige Beeinträchtigungen: keine desorientiert nachts unruhig nervös
 aggressiv läuft ev. weg nicht ansprechbar Sonstiges: _____

Kranken- / Pflegeversicherung:

- AOK DAK Barmer _____

Versicherungsnummer _____

- Befreiung von Rezeptzahlung ja beantragt nein

Einstufung in die Pflegeversicherung

- liegt vor, ab Datum _____ in Grad 1 2 3 4 5

- wurde beantragt am _____

- wurde nicht beantragt wurde abgelehnt

Anmeldung / Vormerkung

Bitte füllen Sie die leeren Felder aus und kreuzen Sie zutreffend an:

Kostenübernahme

Zuschuss der Pflegekasse nach Pflegegrad Private Kostenübernahme

Übernimmt die Beihilfestelle einen Teil der Kosten? ja nein

Unterstützung durch Sozialhilfe erforderlich? ja nein

Rechnungsempfänger für Eigenanteil

Besondere Wünsche / Anmerkungen:

Telefon Wäsche in die Wäscherei Wäsche wird selbst gewaschen

Das ärztliche Zeugnis liegt bei wird nachgereicht bei KH-Entlassung

Ich bestätige, alle Daten nach bestem Gewissen vollständig und richtig angegeben zu haben und bin mit einer Speicherung für ausschließlich verwaltungsinterne Zwecke einverstanden.

Datum, Ort

X

Unterschrift

Anmeldung / Vormerkung

Bitte füllen Sie die leeren Felder aus und kreuzen Sie zutreffend an:

Medizinische Betreuung durch Haus- und Fachärzte

- Der bisherige Hausarzt soll weiterhin die medizinische Betreuung übernehmen.
- Folgender Hausarzt soll zukünftig die medizinische Betreuung übernehmen:

-
- Die ärztliche Betreuung durch Hausarzt und Fachärzte soll vom Pflegeheim organisiert werden.

Die Mitarbeiter des Pflegeheims werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber allen behandelnden Ärzten entbunden. Der Bewohner bzw. seine Bevollmächtigten willigen in die Übermittlung aller für die Behandlung erforderlichen Befunde und Daten an die behandelnden Ärzte ein. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten

Das Pflegeheim hat einen Versorgungsvertrag mit der Mörike-Apotheke Filderstadt abgeschlossen.

- Der Bewohner soll durch die Mörike-Apotheke beliefert werden.
- Folgende Apotheke soll die Versorgung übernehmen:

Die Versorgung des Bewohners mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten ist nicht Gegenstand des Heimvertrags. Die Abrechnung dieser Versorgung erfolgt daher direkt zwischen Bewohner und Apotheke.

Die Mitarbeiter des Pflegeheims werden von ihrer Schweigepflicht gegenüber der versorgenden Apotheke entbunden. Der Bewohner bzw. seine Bevollmächtigten willigen in die Übermittlung aller für die Versorgung mit Arzneimitteln und apothekenpflichtigen Medizinprodukten erforderlichen Daten an die versorgende Apotheke ein. Diese Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden.

Datum

X

Unterschrift des Bewohners bzw. Bevollmächtigten