

## Aufnahmebogen

Pariser Gasse 3, 35578 Wetzlar

Tel. 06441/ 99-5451 (Fr. Metzler-Moos) oder 99-5400 (Zentrale) Fax 06441/ 99-5404

Voranmeldung  Aufnahme, Aufnahmewunsch ab: \_\_\_\_\_

### Persönliche Daten

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ bisheriger Beruf: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ derzeitiger Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

### Ansprechpartner, nächste Angehörige (Verw.-Grad, Name, Anschrift, Telefon)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### ggf. vorhandene gesetzliche Betreuung: (Name, Anschrift, Telefon)

Bitte Betreuungsausweis, ggf. Beschlüsse in Kopie beilegen

Wenn nein, soll eine Betreuung beantragt werden:  Ja  Nein

ggf. wer : \_\_\_\_\_

vorhandene Vorsorgevollmacht: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

vorhandene Patientenverfügung: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

vorhandene Zuzahlungsbefreiung: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

vorhandener Schwerbehindertenausweis: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

vorhandene Postvollmacht, wer: \_\_\_\_\_  Ja  Nein

### Ärztliche Betreuung

Hausarzt: \_\_\_\_\_ Weiterbehandlung im Heim:  Ja  Nein

ggf. Fachärzte: \_\_\_\_\_

Versichertennummer der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_

Einweisung durch Institution:  Ja  Nein / Welche: \_\_\_\_\_

Datum der letzten MDK Begutachtung: \_\_\_\_\_ Gutachten liegt vor:  Ja  Nein

Antrag auf stationäre Pflege gestellt am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

Antrag auf Kurzzeitpflege gestellt am: \_\_\_\_\_ durch: \_\_\_\_\_

Sind Sie bei einer Vermittlungsagentur (z.B. seniorplace, pflege.de, ProAgeMedia etc.)

angemeldet?  Ja  Nein

### **Daten zur Heimaufnahme**

Stationäre Aufnahme:  Ja  Nein

Kurzzeitpflege:  Ja  Nein

Einzelzimmer:  Ja  Nein

Doppelzimmer:  Ja  Nein

Mitbringen eigener Möbel:  Ja  Nein (bitte eingebrachtes Eigentum auf einer extra Liste notieren)

- Bei Kurzzeitpflege muss b. B. eigenes Inkontinenzmaterial mitgebracht werden.
- Bei Kurzzeitpflege müssen ausreichend Medikamente mitgebracht werden.
- Bei Kurzzeitpflege muss mindestens vierzehn Tage im Voraus die endgültige/tatsächliche Aufnahme telefonisch geklärt werden.

Die Kleidung muss, auch wenn sie von den Angehörigen gewaschen wird, komplett gekennzeichnet werden. Ich erkläre mich damit einverstanden.

In unserer Einrichtung werden die Medikamente bei Dauerpflege verblistert. Wir kooperieren vertrauensvoll mit zwei ortsansässigen Apotheken bei der Sicherstellung der medikamentösen Versorgung der Bewohner.

Ich erkläre mich einverstanden  Ja  Nein

### **Bezahlung der Heimpflegekosten**

a) Selbstzahler

Art der Pension oder Rente: \_\_\_\_\_

b) Sozialhilfeempfänger

Bei welchem Amt ist die Übernahme der ungedeckten Sozialhilfe beantragt worden:

\_\_\_\_\_

Art des Einkommens: \_\_\_\_\_

Rentenzeichen: \_\_\_\_\_

Ich habe alle Angaben vollständig und wahrheitsgetreu gemacht.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

Erstellt am/durch: 11.08.08 QMB	Geprüft am/durch: 15.06.10 HL	Geändert am/durch: 01.08.2024 QMB	Freigegeben am/durch: 15.06.10 HL	Rev. Nr. 11
------------------------------------	----------------------------------	--------------------------------------	--------------------------------------	----------------