

Antrag zur Heimaufnahme im

Ida Scipio Heim

Pauline Maier Haus

Richard Böttger Heim

Seniorenzentrum Waldhof

Familienname

Vorname

Geburtsname

Geburtsdatum

Geburtsort

Letzter gemeldeter Wohnsitz

.....

Telefon

Familienstand Konfession..... Staatsangeh.....

Pflegegrad seit:..... beantragt am:

- Vollstationär
- Kurzzeitpflege
- Verhinderungspflege
- Kurzzeitpflege §39c SGB V

1. Ansprechpartner

Angehörige

(Verwandtschaftsgrad)

Familienname

Vorname

Anschrift

Telefon

Für weitere Angehörige bitte Rückseite benutzen.

Betreuer

Familienname

Vorname

Anschrift

Telefon / Fax

Wirkungskreis

Dauer Aktenzeichen.....

Antrag zur Heimaufnahme Blatt 2

Krankenkasse

.....
Anschrift
Versicherungsnummer
Zuzahlungsbefreiung Rezeptgebühren ja nein bis.....
Transportkosten ja nein bis.....
Impfpass ja nein Diabetikerpass ja nein
Allergiepass ja nein Schrittmacherausweis ja nein
Schwerbehindertenausweis ja nein besondere Merkmale.....

Ärztlicher Fragebogen: ja nein

Hausarzt

Name
Vorname
Anschrift
Tel./ Fax

Zahnarzt

Name
Anschrift
Te./ Fax
jährliche Vorsorgeuntersuchung erwünscht ja nein

Facharzt

Fachrichtung.....
Name
Vorname
Anschrift
Tel./ Fax

Kostenträger

Selbstzahler ja nein
Rechnungsempfänger
.....
Sozialhilfe beantragt ja nein wann.....
schon genehmigt ja nein
Zuständiges Sozialamt.....

Antrag zur Heimaufnahme Blatt 3

Welche **Hilfsmittel** sind vorhanden und werden mitgebracht ?

Zahnprothesen ja nein Brille ja nein
 Hörgeräte ja nein Gehstock ja nein

Rollator ja nein

Eigentümer :.....

Seriennummer :.....

Geliefert von :.....

Rollstuhl ja nein

Eigentümer :.....

Seriennummer :.....

Geliefert von :.....

Sonstiges Hilfsmittel.....

Raucher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
*Fußpflege gewünscht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
*kosmetische Fußpflege	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
*medizinische Fußpflege	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Eigene Fußpflege	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Fußpflege durch die Einrichtung vermittelt	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
*Friseur	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Wäschekennzeichnung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Post dem Bewohner selbst aushändigen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Post im Nachttisch deponieren	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Post zusenden	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Verwahrgeldkonto einrichten (Kosten laut HV beachten)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein
Bestattungsvorsorge	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> nein

Welches Bestattungsinstitut.....

Die mit (*) gekennzeichneten Leistungen sind kostenpflichtig!

Anmerkungen, Wünsche:

.....

.....

.....

.....
Datum

.....
Unterschrift des Anmeldenden