



# AWO - Seniorenresidenz

„Strandhaus“

Hermannstraße 5  
18225 Kühlungsborn  
Tel.: 038293/4895 - 0  
Fax: 038293/4895 - 99  
verwaltung.sr@awo-doberan.care  
www.seniorenresidenz-kuehlungsborn.de

Bearbeitungsvermerke Verwaltung:

Debitor-Nr.

Zimmer-Nr.

Beratung:

Dringend

**Bitte ab hier ausfüllen:**

- vollstationäre Pflege
- Einzelzimmer
- vorsorglich

- Urlaubs- & Verhinderungspflege/ Kurzzeitpflege
- Doppelzimmer
- gewünschter Termin .....

## Angaben zur Person

Vor- und Zuname:	
Geburtsname:	Staatsangehörigkeit:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße; Hausnummer:	
PLZ; Ort:	
Telefon:	oder:
Konfession:	erlernter/ausgeübter Beruf:
Familienstand:	
Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend):	

Pflegegrad:  1  2  3  4  5  beantragt am/ seit .....

Zuzahlungsbefreiung:  ja, bis 31.12.20.....  nein

vorhandene Dokumente:  (Vorsorge-)Vollmacht  Patientenverfügung

Betreuungsverfügung  sonstige: .....

## Angehörige (Angaben freiwillig)

Vor- und Zuname:	
Geburtsname:	Verwandtschaftsgrad:
Straße; Hausnummer:	
PLZ; Ort:	
Telefon:	Vollmacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Email:	Kontaktaufnahme erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vor- und Zuname:	
Geburtsname:	Verwandtschaftsgrad:
Straße; Hausnummer:	
PLZ; Ort:	
Telefon:	Vollmacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Email:	Kontaktaufnahme erlaubt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vor- und Zuname:	
Geburtsname:	Verwandtschaftsgrad:
Straße; Hausnummer:	
PLZ; Ort:	
Telefon:	Vollmacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Email:	Kontaktaufnahme erlaubt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erstellt am: 16.09.19	Geprüft (QMB) am:	Freigegeben (L) am: 16.09.19	Kontrolle auf/ nach Aktualität (Datum/ Kürzel)	Seite 1 von 2
			Revisionsnr. Datum	0 16.09.19

**Weitere Angaben:**

**Hausarzt**  
Name:  
Anschrift:  
Telefonnummer:

**Krankenkasse / Pflegekasse**  
Name:  
Anschrift:  
Telefonnummer:  
Mitgliedsnummer:

**Betreuer (nach Betreuungsrecht):**  
Anschrift:  
Telefonnummer:  
Wirkungskreis:

**Kostenträger**

Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe/ Beihilfe bezogen oder beantragt?

- ja, Sozialamt/ Beihilfe .....  
 nein, Selbstzahler (Preisliste Stand vom ..... bekannt)

- Wird Blindengeld bezogen?  ja  nein  
Liegt ein Grad der Behinderung vor?  ja; \_\_\_\_\_ GdB  nein  
Merkzeichen:  G  aG  H  BI  B  RF  sonstige: .....

**Gründe für die Heimaufnahme:**

- nach Krankenhausaufenthalt  erhöhter Pflegeaufwand:  
 Änderung der persönlichen Verhältnisse:  sonstige:

**Hinweise & Ergänzungen:**

**Beratungsbedarf habe/n ich/ wir zu folgenden Themen:**

- Finanzierung Heimplatz (Antragsstellung u.a.)  
 Spezialisierte Unterbringung wegen dementieller Erkrankung  
 sonstige:

**Bitte beachten Sie unsere 3-Jahres-Ablaufrfrist** bei Anmeldungen auf Warteliste, sofern Sie diese Frist nicht innerhalb dieser Zeit verlängern.

**Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie, gemäß der Datenschutzgrundverordnung, einer Speicherung der personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme zu.**

.....  
Ort; Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

.....  
wenn nicht Personengleich,  
Unterschrift des Aufzunehmenden

Erstellt am: 16.09.19	Geprüft (QMB) am:	Freigegeben (L) am: 16.09.19		Kontrolle auf/ nach Aktualität (Datum/ Kürzel)	Seite 2 von 2
					Revisionsnr. 0 Datum 16.09.19