



Anmeldeformular Heimaufnahme

AWO - Seniorenresidenz

„Strandhaus“

Hermannstraße 5
18225 Kühlungsborn
Tel.: 038293/4895 - 0
Fax: 038293/4895 - 99
heimleitung@awo-doberan.care
www.awo-doberan.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? ja nein

Email: _____ Kontaktaufnahme erwünscht? ja nein

Vor- und Zuname: _____

Geburtsname: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Straße; Hausnummer: _____

PLZ; Ort: _____

Telefon: _____ Vollmacht? ja nein

Email: _____ Kontaktaufnahme erlaubt? ja nein

Vor- und Zuname: _____

Geburtsname: _____ Verwandtschaftsgrad: _____

Straße; Hausnummer: _____

PLZ; Ort: _____

Telefon: _____ Vollmacht? ja nein

Email: _____ Kontaktaufnahme erlaubt? ja 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-Ablauffrist 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