**Anmeldung zur Aufnahme ins Seniorenheim St. Afra**

Seniorenheim St. Afra Tel.: 08 21/329 09 10

Kleines Karmelitengäßchen 6 Fax: 08 21/329 09 27

86152 Augsburg E-Mail: seniorenheim@skfaugsburg.de

**Bitte beachten Sie, dass nur vollständig ausgefüllte Anmeldebögen hier bearbeitet werden können!**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anmeldung zur Dauerpflege**  **Kurzzeitpflege**   **Einzugstermin**  **gewünscht am:**  **unbestimmter Zeitpunkt**  **Einzelzimmer**  **Doppelzimmer**   **Zeitraum:** | | | | | | |
| **Name / Geb. Name:** | |  |  | |  | |
|  | | | | | | |
| **Vorname(n):** | |  |  | |  | |
|  | | | | | | |
| **Wohnung:**  **(mit Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet)** | | **­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(Straße und Haus-Nr.) (Telefon)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(Postleitzahl) (Wohnort)** | | | | |
| **Derzeitiger Aufenthalt: (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)** | |  | | | | |
| **Geburtsdatum:** |  | |  | **Geburtsort:** |  |  |
| **Familienstand:** |  | | **Konfession:** |  | **Staatsangehörigkeit:** | - |
| **Angehörige oder andere Vertrauenspersonen** | | | | | | |
| **a)** | | | **b)** | | **c)** | |
| **(wie verwandt)** | | | **(wie verwandt)** | | **(wie verwandt)** | |
| **(Name, Vorname)** | | | **(Name, Vorname)** | | **(Name, Vorname)** | |
| **(Straße, Hausnummer)** | | | **(Straße, Hausnummer)** | | **(Straße, Hausnummer)** | |
| **(Postleitzahl)**  **(Tel.)** | **(Wohnort)** | | **(Postleitzahl)**  **(Tel.)** | **(Wohnort)** | **(Postleitzahl)**  **(Tel.)** | **(Wohnort)** |
| **(Tel.)** | | | **(Tel.)** | | **(Tel.)** | |
| **(E-Mail)** | | | **(E-Mail)** | | **(E-Mail)** | |
| **Möchten Sie nach dem Einzug in den Emailverteiler für Angehöriger/Betreuer aufgenommen werden?**  **ja**  **nein** | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Freigabe | Erarbeitet von | Änderungsstand | Datum | Seite |
| Langowska, Izabela  Vollmer, Marina | Meinshausen, Birgit |  | 01.09.2023 | Seite 1 von 3 |

|  |
| --- |
| **Vorsorgevollmacht, Generalvollmacht, gesetzlich bestellte(r) Betreuer(in):**  **Liegt vor?**  **ja**  **nein Ist beantragt?**  **ja**  **nein**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(Name)**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **(Anschrift)** |
| **Liegt eine Patientenverfügung vor?**  **ja**  **nein** |
| **Krankenkasse/Pflegekasse:**  **KV-Nr.:**  **Impfausweis:**  **ja**  **nein**  **Rezeptgebührenbefreiung:**  **ja**  **nein**  **Pflegegrad:**  **1**  **2**  **3**  **4**  **5**  **beantragt Wann?**  **Verschlechterungsantrag:**  **ja**  **nein Wann? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Sind sie zur Bestreitung der Heimkosten auf öffentliche Hilfe angewiesen?**   **Ja**  **Nein Hilfe beim Bezirk beantragt?**  **Ja**  **Nein**  **Sind Sie damit einverstanden, dass Ihr Name und Ihr Geburtsdatum an den**   **katholischen**  **evangelischen Seelsorger weitergegeben werden?**   **ja**  **nein**    **Für unsere Statistik: Warum wurde unser Haus gewählt?**     **Ausstattung**  **Lage**  **Zufall**  **Sonstiges**  **Empfehlung durch:**  **Arzt**  **Angehörige/Bekannte**  **Telefonbuch**  **Heimvermittlung**  **Umzug woher:**  **Augsburg/Stadtteil \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **anderer Ort \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Freigabe | Erarbeitet von | Änderungsstand | Datum | Seite |
| Langowska, Izabela  Vollmer, Marina | Meinshausen, Birgit |  | 01.09.2023 | Seite 2 von 3 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Name und Anschrift des Hausarztes: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fachärzte: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Diagnosen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Diabetiker/in**  **ja**  **nein**  **Inkontinenz: Harn**  **ja**  **nein Stuhl**  **ja**  **nein**  **Katheter / PEG / Verbandmaterial \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **Gibt oder gab es je einen Aufenthalt in einer psychiatrischen Abteilung?**   **ja**  **nein**  **Liegt oder lag ein selbstgefährdendes oder fremdgefährdendes Verhalten vor?**   **ja**  **nein**  **Gibt oder gab es psychiatrische Grunderkrankungen / Vorerkrankungen?**   **ja**  **nein**  **Liegt der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen bei?**   **ja**  **nein**  ***Bitte beachten Sie, dass ohne den ausgefüllten Arztbogen i.d.R. kein Vertrag zustande kommen kann.*** | | |
| **Datum:**  **Unterschrift Antragsteller:** |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Freigabe | Erarbeitet von | Änderungsstand | Datum | Seite |
| Langowska, Izabela  Vollmer, Marina | Meinshausen, Birgit |  | 01.09.2023 | Seite 3 von 3 |