**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, IzabelaVollmer, 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, IzabelaVollmer, 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, IzabelaVollmer, Marina | Meinshausen, Birgit |  | 01.09.2023 | Seite 3 von 3 |