



Anmeldung zur Aufnahme ins Seniorenheim St. Afra

Seniorenheim St. Afra
Kleines Karmelitengäßchen 6
86152 Augsburg

Tel.: 08 21/329 09 10
Fax: 08 21/329 09 27
E-Mail: seniorenheim@skfaugsburg.de

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

| | | | |
|--|--------------------------|---|--|
| Anmeldung zur Dauerpflege <input type="checkbox"/> | | Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> | |
| Einzugstermin <input type="checkbox"/> gewünscht am: | | <input type="checkbox"/> unbestimmter Zeitpunkt | |
| Einzelzimmer <input type="checkbox"/> | | Doppelzimmer <input type="checkbox"/> | |
| Zeitraum: | | | |
| Name: Geb. Name: | | | |
| Vorname(n): | | | |
| Hauptwohnsitz: | | | |
| (mit Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet) | | _____ | |
| | | (Telefon) | |
| | | _____ | |
| | | (Postleitzahl) (Wohnort) | |
| Derzeitiger Aufenthalt: | | | |
| Geburtsdatum: | | Geburtsort: | |
| Familienstand: | | Konfession: | |
| | | Staatsangehörigkeit: | |
| <u>Angehörige oder andere Vertrauenspersonen</u> | | | |
| a) | b) | c) | |
| (wie verwandt) | (wie verwandt) | (wie verwandt) | |
| (Name, Vorname) | (Name, Vorname) | (Name, Vorname) | |
| (Straße, Hausnummer) | (Straße, Hausnummer) | (Straße, Hausnummer) | |
| (Postleitzahl) (Wohnort) | (Postleitzahl) (Wohnort) | (Postleitzahl) (Wohnort) | |
| (Tel.) | (Tel.) | (Tel.) | |
| (Tel.) | (Tel.) | (Tel.) | |
| (E-Mail) | (E-Mail) | (E-Mail) | |
| Möchten Sie <u>nach dem Einzug</u> in den Emailverteiler für Angehöriger/Betreuer aufgenommen werden? | | | |
| <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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:

Gesetzlich Privat

KV-Nr.:

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

Antragsstellung am: _____

Für unsere Statistik: Warum wurde unser Haus gewählt?

Ausstattung Lage Zufall Sonstiges

Empfehlung durch: Arzt Angehörige/Bekannte Internet Heimvermittlung

Umzug woher: Augsburg/Stadtteil _____ anderer Ort _____

| Freigabe | Erarbeitet von | Anderungsstand | 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

Akute Infektionskrankheiten vorhanden?

ja nein

Bitte beachten Sie, dass ohne den ausgefüllten Arztbogen i.d.R. kein Vertrag zustande kommen kann.

Datum:

Unterschrift Antragsteller:

| Freigabe | Erarbeitet von | Anderungsstand | Datum | Seite |
|---------------------------------------|----------------|----------------|------------|---------------|
| Langowska, Izabela Vollmer, Marina | QMB | | 20.05.2026 | Seite 3 von 3 |