|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| LOGO_Gesellschaft_Altenhilfe_NEU | **AWO Gesellschaft für****Altenhilfeeinrichtungen mbH****Alfred-Delp-Altenzentrum****Alfred-Delp-Straße 13****53840 Troisdorf****Tel.: 02241/802-0, Fax: 802-112** | **Eingangsvermerke der Einrichtung**[ ]  **Alfred-Delp-Altenzentrum**[ ]  **Haus Aggerblick**[ ]  **Kurzzeitpflege** [ ]  **Tagespflege** |
| **Anmeldung zur Heimaufnahme**Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Danke für Ihr Verständnis. | Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden! |
| **1. Name** (Familienname, bei Frauen auch bitte Geburtsname angeben) |  |
| **2. Vorname(n)** Rufname bitte unterstreichen |  |
| **3. Wohnung** (Hauptwohnsitz, polizeilich gemeldet) |  |
|  |  | Anschrift |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Telefon |  |
| **4. Zur Zeit in welchem Krankenhaus** |  |  |  |
|  **oder in welcher Einrichtung?** |  | Name des Krankenhauses, der Einrichtung |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Anschrift des Krankenhauses, der Einrichtung |  |
| **5. Geburtsdaten** (ggf. auch Land mit angeben) |  |
|  |  | am |  | in |  |
| **6. Familienstand:** **[ ]  verh.** **[ ]  getrennt lebend** **[ ]  geschieden** **[ ]  verw.** **[ ] ledig** |
| **7. Konfession:** | **8. Staatsangehörigkeit:** |
| **9. Angehörige:** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | wie verwandt? |  | Vorname |  | Zuname |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | PLZTel.  |  | OrtMobil. |  | Straße, Nr.,  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | wie verwandt? |  | Vorname |  | Zuname |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | PLZTel. |  | OrtMobil. |  | Straße, Nr.,  |  |
| **10. Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte nachstehend Bekannte bzw. Freunde angeben:** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Vorname |  | Zuname |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | PLZTel. |  | OrtMobil. |  | Straße, Nr. |  |
| **11. Betreuer o. Bevollmächtigter**  (Name, Anschrift, Telefon ,FAX, Mail ) |  |

Bitte Wenden!

|  |  |
| --- | --- |
| **12. Informationen per Email gewünscht?** | Email-Adresse: |
| **13. freiheitsentziehende Maßnahmen** | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| **14. Patientenverfügung** | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| **15. Bestattungsvertrag** | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| **16. Krankenkasse / Versicherten-Nr.** |  |
| **17. Pflegekasse** |
| Liegt für den Aufzunehmenden bereits ein Pflegegrad vor? | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Wenn **Ja**, welcher Pflegegrad | [ ]  0 [ ]  I [ ]  II [ ]  III [ ]  IV [ ]  V |
| Wenn **Nein**, wurde eine Pflegebegutachtung bereits veranlasst | [ ]  Ja [ ]  Nein |
|  oder bereits durchgeführt | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz?  | [ ]  Ja [ ]  Nein |
| **18. Name des Hausarztes** |  |  |  |  |  |
|  |  | Dr. |  | Anschrift |  |
| **19. Monatliches Einkommen** (nach heutigem Stand) |
| Art des Einkommens | Zahlende Stelle | Betrag EUR |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **20. Kostenträger** (zutreffendes bitte ankreuzen) |
| Die Heimkosten werden aufgebracht durch |  |
| [ ]  | eigenes Einkommen / Vermögen (Selbstzahler) |
| [ ]  | Sozialhilfeträger Antrag gestellt [ ]  Ja [ ]  Nein |
| **21. Bankverbindung** |
| Heimkosten werden abgebucht von IBAN.: |  | BIC: |  |  |
| Bankverbindung: |  |
| **22. Gewünschte Unterbringung** |
| [ ]  Einzelzimmer | [ ]  Doppelzimmer |  |
| **23. Termin** (wann wird die Aufnahme gewünscht) |  |
| **24. Diät notwendig?** Welche? Warum? |  |
| **Der vom Arzt aktuell ausgefüllte Fragebogen liegt bei.** |
|  |  | ,den |  | 20 |  |
|  |  |  |
|  | Unterschrift des Antragstellers: |  |  |
|  |  |  |  |
| Bitte, überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind, die Vormerkung zur Aufnahme erfolgt grundsätzlich erst nach Abgabe aller geforderten Unterlagen.**Datenschutzrechtlicher Hinweis:**Kommt es nicht zur Heimaufnahme, wird dieses Dokument und damit die erhobenen Daten durch die Einrichtung vernichtet. |
| Für Vermerke der Einrichtung: |  |  |