



**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

Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden!

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Danke für Ihr Verständnis.

1. Name (Familienname, ggf. Geburtsname) angeben)		
2. Vorname(n) Rufname bitte unterstreichen		
2.1 Geschlecht	m <input type="checkbox"/>	w <input type="checkbox"/> d <input type="checkbox"/>
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: <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> ledig		
7. Konfession:	8. Staatsangehörigkeit:	
9. Angehörige:		
_____ wie verwandt?	_____ Vorname	_____ Zuname
_____ PLZ	_____ Ort	_____ Straße, Nr.,
_____ Tel.	_____ Mobil.	
_____ wie verwandt?	_____ Vorname	_____ Zuname
_____ PLZ	_____ Ort	_____ Straße, Nr.,
_____ Tel.	_____ Mobil.	
10. Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte nachstehend Bekannte bzw. Freunde angeben:		
	_____ Vorname	_____ Zuname
_____ PLZ	_____ Ort	_____ Straße, Nr.
_____ Tel.	_____ Mobil.	
11. Betreuer o. Bevollmächtigter (Name, Anschrift, Telefon ,FAX, Mail)		
12. Informationen per Email gewünscht?	Email-Adresse: _____	
13. freiheitsentziehende Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

14. Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
15. Bestattungsvertrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
16. Krankenkasse / Versicherten-Nr.		
17. Pflegekasse		
Liegt für den Aufzunehmenden bereits ein Pflegegrad vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn Ja , welcher Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	
Wenn Nein , wurde eine Pflegebegutachtung bereits veranlasst oder bereits durchgeführt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> 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		
<input type="checkbox"/> eigenes Einkommen / Vermögen (Selbstzahler)		
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger	Antrag gestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
21. Bankverbindung		
Heimkosten werden abgebucht von IBAN.:	BIC:	
Bankverbindung:		
22. Gewünschte Unterbringung		
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
23. Termin (wann wird die Aufnahme gewünscht)		
24. Diät notwendig? Welche? Warum?		
<p>Der vom Arzt aktuell ausgefüllte Fragebogen liegt bei.</p> <p>_____, den _____ 20____</p> <p>Unterschrift des Antragstellers:</p> <p>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.</p> <p>Datenschutzrechtlicher Hinweis: Kommt es nicht zur Heimaufnahme, wird dieses Dokument und damit die erhobenen Daten durch die Einrichtung vernichtet.</p>		
Für Vermerke der Einrichtung:		