

Persönlicher Termin: _____

Anmeldung zur Aufnahme im Pflegeheim „Haus Albanus“ GmbH <input type="checkbox"/> Heimaufnahme / <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege / <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege	
<input type="checkbox"/> Frau / <input type="checkbox"/> Herr	
Name: <input type="text"/>	Geburtsname: <input type="text"/>
Vorname: <input type="text"/>	
Geburtsdatum: <input type="text"/>	Geburtsort: <input type="text"/>
Familienstand: <input type="text"/>	
Beruf: <input type="text"/>	Rentner /-in <input type="checkbox"/>
Nationalität / Konfession <input type="text"/>	
Aktuelle Anschrift:	Straße, Hausnummer <input type="text"/>
	PLZ, Ort <input type="text"/>
	Telefon <input type="text"/>
Zuzahlungsbefreiung von Medikamenten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Krankenkasse	<input type="text"/>
Hausarzt	alt: <input type="text"/>
	neu: <input type="text"/>
Kommen Sie selbst für die Heimkosten auf?	<input type="checkbox"/> ja , ich bin Selbstzahler <input type="checkbox"/> nein , das Sozialamt wird die Kosten tragen Bitte versäumen Sie nicht, gleichzeitig mit der Anmeldung bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zu stellen. Stellen Sie ggf. zusätzlich einen entsprechenden Antrag bei Ihrem zuständigen Sozialamt.
Heimaufnahmetermin:	<input type="text"/>
Kurzzeitpflege Zeitraum	Vom: <input type="text"/>
	bis: <input type="text"/>
Verhinderungspflege Zeitraum	Vom: <input type="text"/>
	bis: <input type="text"/>
Erstaufnahme Grund	<input type="checkbox"/> Bitten der Angehörigen <input type="checkbox"/> Persönliche Bitte <input type="checkbox"/> Urlaubsbetreuung <input type="checkbox"/> Krankenhausentlassung/Station <input type="checkbox"/> Notdienst

	<input type="checkbox"/> ärztliche Verordnung <input type="checkbox"/> Krankenhausentlassung/sozial Arbeit	
Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 5	
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? (z.B. Witwenrente, Blindengeld)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lebenssituation	<input type="checkbox"/> allein stehend <input type="checkbox"/> mit Ehe-/Lebenspartner <input type="checkbox"/> bei / mit Kindern	
Vorsorgevollmachten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Bestehen gerichtliche Betreuungen? (Kopie Betreuer - Ausweis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, für welche Bereiche? <input type="text"/> <input type="text"/>	
Name und Anschrift, Telefon des Betreuers / Vorsorgeberechtigter / Bevollmächtigter	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tel.- Nr.: <input type="text"/>	
Daten des Lebens- oder Ehepartners, falls dieser ebenfalls einen Pflegeplatz in unserem Haus benötigt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> Frau / <input type="checkbox"/> Herr		
Name:	<input type="text"/>	Geburtsname: <input type="text"/>
Vorname:	<input type="text"/>	
Geburtsdatum:	<input type="text"/>	Geburtsort: <input type="text"/>
Familienstand:	<input type="text"/>	
Beruf:	<input type="text"/>	Rentner /-in <input type="checkbox"/>
Nationalität / Konfession	<input type="text"/>	
Aktuelle Anschrift:	Straße, Hausnummer	<input type="text"/>
	PLZ, Ort	<input type="text"/>

	Telefon	
Zuzahlungsbefreiung von Medikamenten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Krankenkasse		
Hausarzt	alt: <input type="text"/> neu: <input type="text"/>	
Kommen Sie selbst für die Heimkosten auf?	<input type="checkbox"/> ja , ich bin Selbstzahler <input type="checkbox"/> nein , das Sozialamt wird die Kosten tragen Bitte versäumen Sie nicht, gleichzeitig mit der Anmeldung bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zu stellen. Stellen Sie ggf. zusätzlich einen entsprechenden Antrag bei Ihrem zuständigen Sozialamt.	
Heimaufnahmetermin:		
Kurzzeitpflege Zeitraum	Vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>	
Verhinderungspflege Zeitraum	Vom: <input type="text"/> bis: <input type="text"/>	
Erstaufnahme Grund	<input type="checkbox"/> Bitten der Angehörigen <input type="checkbox"/> Persönliche Bitte <input type="checkbox"/> Urlaubsbetreuung <input type="checkbox"/> Krankenhausentlassung/Station <input type="checkbox"/> Notdienst <input type="checkbox"/> ärztliche Verordnung <input type="checkbox"/> Krankenhausentlassung/sozial Arbeit	
Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 5	
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen? (z.B. Witwenrente, Blindengeld)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Lebenssituation	<input type="checkbox"/> allein stehend <input type="checkbox"/> mit Ehe-/Lebenspartner <input type="checkbox"/> bei / mit Kindern	
Vorsorgevollmachten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Bestehen gerichtliche Betreuungen? (Kopie Betreuer - Ausweis)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Falls ja, für welche Bereiche? <input type="text"/> <input type="text"/>
Name und Anschrift, Telefon des Betreuers / Vorsorgeberechtigter / Bevollmächtigter	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Tel.- Nr.: <input type="text"/>

Daten zum Einzug

Wie dringend ist die Aufnahme?	<input type="checkbox"/> sehr dringend, da keine Angehörigen vorhanden sind <input type="checkbox"/> sehr dringend, da ich mich derzeit im Krankenhaus befinde und allein nicht mehr zurechtkomme <input type="checkbox"/> dringend, da meine Angehörigen mit der Pflege überlastet sind <input type="checkbox"/> weniger dringend; dieser Antrag ist lediglich eine Vor Anmeldung
gewünschter Aufnahmetermin:	<input type="text"/>
Einzelzimmer incl. behindertengerechter Nasszelle, (Dusche, WC, Waschbecken) <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit der Teilmöblierung mit eigenen Möbeln • TV-Kabelanschluss • Telefonanschluss 	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer
Doppelzimmer incl. behindertengerechter Nasszelle, (Dusche, WC, Waschbecken) <ul style="list-style-type: none"> • Möglichkeit der Teilmöblierung mit eigenen Möbeln • TV-Kabelanschluss • Telefonanschluss 	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer

wichtige Angehörige

1	Name / Vorname	<input type="text"/>	<input type="text"/>
	Verwandtschaftsverhältnis	<input type="text"/>	
	Anschrift	<input type="text"/>	

	Telefonnummer	
	Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
2	Name / Vorname	<input type="text"/>
	Verwandtschaftsverhältnis	<input type="text"/>
	Anschrift	<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
		<input type="text"/>
	Telefonnummer	
	Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden.	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Unterstützung	
Gerne unterstützen wie Sie bei Ihrem Umzug in unser Haus. Was können wir für Sie tun?	
<input type="checkbox"/> Hilfe beim Einrichten des Zimmers in der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Suche nach einem neuen Hausarzt <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Auswahl von ggf. benötigten Therapeuten <input type="checkbox"/> Vorschlagen von nahe gelegenen Friseuren, Fußpflegern usw. <input type="checkbox"/> Hilfe bei der Kontaktaufnahme zur lokalen Kirchengemeinde	
weitere Anmerkungen: Ausgabe folgender Unterlagen: Willkommensmappe, Heimvertrag/KZP-/VP-Vertrag, Preisliste, Anmeldung zur Aufnahme, Prospekt (klein), Informationsschreiben vor Vertragsschluss nach § 3 WBVG	
Datum, Ihre Unterschrift	
Datum, Unterschrift ihres Lebens- oder Ehepartner	
Datum, Unterschrift des Betreuers	
Datum, Unterschrift des Bevollmächtigten	
Datum, Unterschrift aufnehmender Mitarbeiter	

**Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung zum Erhebungsbogen
(Anmeldung)**

Ich bin einverstanden, dass personenbezogene Daten aus dem Erhebungsbogen für die Erstellung eines Angebots/Kostenvoranschlages und ggf. wenn erste Pflege- und Betreuungsdienstleistungen erfolgen sollten, erhoben, gespeichert, verarbeitet und genutzt werden dürfen. Die Weiterleitung von personenbezogenen Daten an Dritte ist nur dann vorgesehen, wenn Informationen zum Betreuungs- und Pflegehilfebedarf notwendig werden, die dem Angebot dienlich wären. Die Empfänger dieser Daten wären z. B. Pflegekasse, Krankenkasse, Hausarzt, andere Behörden und Angehörige. Ich kann der Verwendung meiner Daten jederzeit widersprechen und die Löschung der Daten nach Ablauf der Aufbewahrungsfristen verlangen. Der Widerspruch ist schriftlich an das Haus Albanus GmbH zu richten.

Schkeuditz, _____
(Ort, Datum)

(Unterschrift Einwilligungsgeber)