

Aufnahmeantrag



Wohn- und Pflegeheim Rotthalmünster



Unter den Linden
Lindenstraße 2
94094 Rotthalmünster
Tel.: (08533) 9612 - 0
Fax.: (08533) 96 12 - 12
E- Mail: infos@ahrotthalmuenster.brk.de

Alle Vor- und Zunamen: _____	Geburtsname: _____
Geburtsdatum: _____	Geburtsort: _____
Familienstand: Verh./led./verw./gesch. Konfession: _____	Staatsangehörigkeit: _____
Anschrift: _____	Kreis, Land: _____
Erlerner Beruf: _____	zuletzt ausgeübter Beruf: _____

Besteht zur Zeit Krankenhausaufenthalt? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Falls ja, wo: _____
Aufnahmetag: _____ Aufnahmezeit: _____
Pflegestufe _____ seit: _____ beantragt am: _____ soll beantragt werden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Name des Ehepartners: _____	Geburtsdatum: _____
ggf. Sterbetag/-ort: _____	Früherer Beruf: _____
Eheschließung am: _____	in: _____
Wieviele Kinder? _____	Davon lebende _____ verstorbene: _____

Angehörige:

Name: _____	Verwandschaftsgrad: _____	Geburtsdatum _____
Adresse: _____		
 _____	Beste Erreichbarkeit: _____	
<hr/>		
Name: _____	Verwandschaftsgrad: _____	Geburtsdatum _____
Adresse: _____		
 _____	Beste Erreichbarkeit: _____	
<hr/>		
Name: _____	Verwandschaftsgrad: _____	Geburtsdatum _____
Adresse: _____		
 _____	Beste Erreichbarkeit: _____	

Amtl. bestellte Betreuung
 Betreuungsvollmacht mit Patientenverfügung
 Notarielle Vollmacht

Name, Adresse, Telefon-Nr.: _____

(Kopie des Betreuerausweises, der Vollmacht oder der Urkunde mit Aufgabenkreise bitte einreichen)

Krankenkasse: _____

Hausarzt: Name und Anschrift _____

Versicherungs-Nr.: _____ Mitglieds-Nr.: _____

Unterbringung:

Zimmer-Nr.: _____ Etage: _____

Gewünschter Aufnahmetag: _____ Raucher: Ja Nein

Kurzzeitpflege: Ja Nein Bis: _____ Anschließend auf Dauer? Ja Nein

Bei Kurzzeitpflege sind unbedingt mitzubringen: Inkontinenzartikel, gekennzeichnete Bekleidung, ausreichende Nachwäsche und persönliche Pflegeartikel.

Wäsche kann von uns erst ab 40° gewaschen werden und z.B. das Waschen von (Baum)- Wolle oder Seide ist nicht möglich.

Kostenträger: _____ Selbstzahler/ Sozialhilfe Bezirk _____ (zutreffendes bitte unterstreichen)

Soll Unterstützung durch die Sozialhilfe beantragt werden? Ja Nein

Grabstelle vorhanden? Ja Nein

Angaben zu Bestattungswunsch / Patiententestament / Patientenverfügung _____

Sollten diese Angelegenheiten bereits geregelt sein, bitten wir um Mitteilung und ggf. um eine Kopie für unsere Unterlagen. _____

Bei Aufnahme (Kurzzeitpflege/Verhinderungspfleg grau hinterlegt) einzureichende Unterlagen (in Kopie):

- Ab-, Um- bzw. Anmeldung beim Einwohnermeldeamt _____
- Rentenbescheide (nur bei Sozialhilfe) _____
- Personal- und wenn vorhanden, Vertriebenenausweis \implies **Kopie bitte in der Verwaltung abgeben**
- Geburts-, Heirats- und Sterbeurkunde (ggf. Scheidungsurkunde) \implies **Kopie bitte in der Verwaltung abgeben**
- Versichertenkarte und ggf. Rezeptgebührenbefreiung \implies **bitte auf der Station abgeben**
- Schwerbehindertenausweis _____
- Biographie (Familie, Geschwister, Schule, Ausbildung, Beruf, Prägende Ereignisse, Krisen, Erkrankungen....)
- Um-, bzw. Anmeldung des privaten Runkfunk- oder Fernsehgerätes (evtl. Befreiung)

*Der Antrag stellt eine unverbindliche Anmeldung dar.
Die Daten werden nach den datenschutzrechtlichen Vorschriften behandelt.*

Bemerkungen des Aufzunehmenden/ Bevollmächtigten/ Betreuers/In _____

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift des Aufzunehmenden/ Bevollmächtigten/ Betreuers/In