

Diakonie am Ohmplatz Einrichtungsleiterin: Doreen Lösel Am Röthelheim 2; 91052 Erlangen Tel.: 09131/6301-600; Fax: 09131/6301-640 E-Mail: doreen.loesel@diakonie-erlangen.de	Diakonie Sophienstraße Einrichtungsleiterin: Lilia Olenberg Gebbertstraße 72; 91052 Erlangen Tel.: 09131/6301-800; Fax: 09131/308-600 E-Mail: lilia.olenberg@diakonie-erlangen.de
---	--

Anmeldung zur Heimaufnahme

Persönliche Daten des/der Aufzunehmenden

Name:		Vorname:	
Geburtsdatum:		Geburtsort:	
Straße:		Telefon:	
Postleitzahl:		Wohnort:	
E-Mail:			
ggf. Geburtsname:		Familienstand:	Konfession:
Staatsangehörigkeit:		zuletzt ausgeübter Beruf:	

Falls Sie derzeit nicht zu Hause anzutreffen sind: Derzeitiger Aufenthaltsort (Krankenhaus, Kurzzeitpflege o.ä.)

Einrichtung:		Aufnahmegrund:	
Adresse:		Telefon:	
E-Mail:		Aufnahmetag:	

Gewünschte Unterkunft (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Diakonie am Ohmplatz	<input type="checkbox"/>	Pflegebereich	<input type="checkbox"/>
Diakonie Sophienstraße	<input type="checkbox"/>	Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/>
Einzelzimmer	<input type="checkbox"/>	Doppelzimmer	<input type="checkbox"/>

Gewünschter Termin

<input type="checkbox"/> dringend	<input type="checkbox"/> vorsorglich	ab:
-----------------------------------	--------------------------------------	-----

Kranken- und Pflegekasse

Krankenkasse:		Vers. Nr.:	
Beihilfe:			
Antrag wurde gestellt am:		Bescheid liegt vor: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> keiner	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2
		<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
			<input type="checkbox"/> 5

Gesetzliche Betreuung

Ist ein/e Betreuer/in benannt? <input type="checkbox"/> Ja, seit: _____				<input type="checkbox"/> Nein		<input type="checkbox"/> Antrag auf Betreuung ist gestellt	
Name, Vorname:			Adresse:				
Tel.:		Verwandt? <input type="checkbox"/> Ja; Wie?			<input type="checkbox"/> Nein		
E-Mail:							
Wirkungskreise der Betreuung: (bitte ankreuzen)				<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmungsrecht			
<input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten				<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge		<input type="checkbox"/> alle Bereiche	

Angehörige

Name:	Vorname:
Anschrift:	
Verwandtschaftsverhältnis:	Telefon/Mobil:
E-Mail:	
Name:	Vorname:
Anschrift:	
Verwandtschaftsverhältnis:	Telefon/Mobil:
E-Mail:	

Hausärztin / Hausarzt

Name:	Vorname:
Anschrift:	
E-Mail:	Telefon:

Ein aktueller ärztlicher Fragebogen	<input type="checkbox"/> liegt bei:	<input type="checkbox"/> wird nachgereicht
--	-------------------------------------	--

Kosten

Die Finanzierung der Heimkosten erfolgt durch:		
<input type="checkbox"/> Rente/Pension; Höhe ca.:	<input type="checkbox"/> Barvermögen	
<input type="checkbox"/> Sonstiges	<input type="checkbox"/> Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe
Ein Antrag auf Zuzahlung wurde beim zuständigen Kostenträger gestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Wenn ja, wann ?	Bei welchem Träger?	

Antragsteller/in

(Wenn nicht Personengleichheit mit dem/der Aufzunehmenden)

Name:	Eigenschaft:
Adresse:	
Telefon:	Handy:
E-Mail:	

Bemerkungen:	
Generalvollmacht: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Bitte jeweils in Kopie beilegen	

Alle Angaben und Unterlagen werden absolut vertraulich behandelt.
Dieser Anmeldebogen gilt als Vormerkung für eine spätere Heimaufnahme.
Die Aufnahme erfolgt - wenn möglich - zum gewünschten Termin, bzw. nach Reihenfolge der Anmeldeliste.
Dringende Situationen können eine Abweichung von der Reihenfolge rechtfertigen.
Sollte die Anmeldung gegenstandslos werden, benachrichtigen Sie uns bitte, damit wir Sie aus der Warteliste streichen können.

Ort, Datum

Unterschrift

freigegeben	Datum
Staudigl	05.03.2021