

 WOHN- UND WEINSTÄTTEN FÜR DIE BODEN Geschäftsbereich Altenhilfe	St. Vincenz Altenzentrum	Formular
	09-Aufnahmeantrag	

Geltungsbereich: Verwaltung, Pflege und Betreuung	Dieses Dokument ist folgendem(n) Dokument(en) zugeordnet: 09-Heimaufnahmeverfahren
--	--

I. Bewohnerdaten:

Name, Vorname:		Tag der Aufnahme:	
Geburtsname:		Geburtsdatum:	
Bisherige Anschrift:		Telefon:	

Derzeitiger Aufenthaltsort:	☐ häusliche Pflege	☐ KZP Einrichtung:	☐ KH:	☐ Sonstiges:
-----------------------------	---	---	------------------------------	-------------------------------------

Familienstand:	☐ verw. ☐ verh. ☐ ledig	☐ gesch. ☐ getr. leb.	Geburtsort:	
			Konfession:	
			Staatsangehörigkeit:	

Pflegegrad nach SGB XI:		Heimnotwendigkeitsbescheinigung durch Sozialamt liegt vor: ☐ Ja ☐ Nein
-------------------------	--	--

Gespräch geführt mit:			
Name, Vorname			
Anschrift:			Telefon:

Krankenkasse/ Pflegekasse		Telefon:	
Anschrift:		Mitgliedsnummer:	
Ansprechpartner:			

09-Aufnahmeantrag				
Wunschtermin zur Aufnahme:				
Unterbringung:	☐ EZ	☐ Kurzzeitpflege ☐ Verhinderungspflege ☐ vollstationäre Pflege ☐ Infektionsschutzmaßnahmen	Kenntnis über Umzug ins Altenzentrum:	Der/die Betroffene ☐ ist informiert ☐ ist nicht informiert
Bereits in diesem Jahr in Anspruch genommene Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege.	Zeitraum / ausgeschöpfte Tage bzw. Entgelte: in folgender Einrichtung:			
Haustiere:	☐ Nein ☐ Ja, welche?			

Angehörige		
Name, Vorname:	Adresse: Verwandtschaftsgrad:	Tel.: priv. Tel.: dienstl. Fax: Handy: E-Mail:
Angehörige		
Name, Vorname:	Adresse: Verwandtschaftsgrad:	Tel.: priv. Tel.: dienstl. Fax: Handy: E-Mail:
Angehörige		
Name, Vorname:	Adresse: Verwandtschaftsgrad:	Tel.: priv. Tel.: dienstl. Fax: Handy: E-Mail:
Angehörige		
Name, Vorname:	Adresse: Verwandtschaftsgrad:	Tel.: priv. Tel.: dienstl. Fax: Handy: E-Mail:
Betreuer nach dem Betreuungsgesetz / Vorsorgevollmacht		
Name, Vorname:	Adresse: Verwandtschaftsgrad:	Tel.: priv. Tel.: dienstl. Fax: Handy: E-Mail:
Beschluss gültig bis:		
Wirkungskreise:	☐ Aufenthaltsbestimmungsrecht ☐ Gesundheitsfürsorge ☐ Vermögensfürsorge ☐ Behörden ☐ Betreuer Finanzen ☐ Briefempfänger ☐ alle Angelegenheiten	
Liegt eine Patientenverfügung vor: ☐ Ja ☐ Nein		

Sonstige Bevollmächtigte

Name, Vorname:	Adresse:	Tel.: priv. Tel.: dienstl. Fax: Handy: E-Mail:
	Wirkungskreis:	

Hausarzt / neuer Hausarzt

Name, Vorname:	Adresse:	Telefon:
Fachrichtung:		Fax:

Facharzt / gegebenenfalls gewünscht zur Konsultierung

Name, Vorname:	Adresse:	Telefon:
Fachrichtung:		Fax:

Facharzt

Name, Vorname:	Adresse:	Telefon:
Fachrichtung:		Fax:

Kooperationszahnarzt Dr. Christian Jerecinski, Lichtenturmweg 43, 33100 Paderborn

☐ Ich bin damit einverstanden, dass mein zu Betreuender / Angehöriger durch den Kooperationszahnarzt versorgt bzw. behandelt wird. Ich kann jederzeit dieses Einverständnis zurückziehen oder einen Zahnarzt meiner Wahl hinzuziehen.

☐ Ich habe zur Zeit keinen Bedarf an einer Zahnärztlichen Versorgung durch einen Kooperationszahnarzt.

Selbstzahler: ☐ Nein ☐ Ja

Beihilfeberechtigt: ☐ Nein ☐ Ja

Rechnungsanschrift, falls abweichend:

Bankverbindung:

Kontoinhaber:

IBAN:

BIC:

Zuständiges Sozialamt

Name:	Adresse:	Telefon:
Aktenzeichen:	Ansprechpartner:	
<u>Zuständige Rentenversicherungsanstalt: (siehe beigefügte Kopie Rentenbescheid)</u>		
<u>Altersrente/ Höhe:</u>		
 <u>Witwenrente/Höhe:</u>		
 <u>Betriebsrente/ Zusatzrente/Höhe:</u>		
 <u>Kriegsopferfürsorge/Höhe:</u>		
 <u>Blindengeld/Höhe:</u>		

Ausweise sind im Original mitzubringen:

Personalausweis - Nr.:	gültig bis:
Reisepass - Nr.:	gültig bis:
Behindertenausweis - Nr.:	gültig bis:
Prozent:	ausgestellt von:
Krankenkassenkarte	gültig bis:
Rezeptgebührenbefreiung: ☐ Ja ☐ Nein	gültig bis:

Folgende Pflegehilfsmittel inklusive der Bedienungsanleitungen werden mitgebracht!

Hilfsmittel	Eigentum oder Leihgerät:	Lieferant des Hilfsmittels:
☐ Rollator	_____	_____
☐ Standardrollstuhl	_____	_____
☐ Multifunktionsrollstuhl	_____	_____
☐ Wechsellagerungsmatratze	_____	_____
☐ Weichlagerungsmatratze	_____	_____
☐ Sauerstoffkonzentrator	_____	_____
☐ Sonstiges	_____	_____

Ggf. muss über den Lieferanten bzw. dem Hersteller eine Einweisung erfolgen!

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden? _____

.....
Unterschrift Angehöriger / Betreuer

.....
Unterschrift Bewohner

Ort, Datum: