

 <small>Caritas WOHN- UND WERKSTÄTTEN PADERBORN Geschäftsbereich Altenhilfe</small>	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:	Frau/Herr	Tag der Aufnahme:	
Geburtsname:		Geburtsdatum:	
Bisherige Anschrift:		Telefon:	

Derzeitiger Aufenthaltsort:	<input type="checkbox"/> KH:	Station: Zi. – Nr.:	
-----------------------------	------------------------------	------------------------	--

Familienstand:	<input type="checkbox"/> verw.	<input type="checkbox"/> gesch.	Geburtsort:	
	<input type="checkbox"/> verh.	<input type="checkbox"/> getr. leb.	Konfession:	
	<input type="checkbox"/> ledig		Staatsangehörigkeit:	

Pflegegrad nach SGB XI		Heimnotwendigkeit liegt vor: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
------------------------	--	--

Gespräch geführt mit:			
Name, Vorname			
Anschrift:			Telefon:

Krankenkasse:		Telefon:	
Anschrift:		Mitgliedsnummer:	
Ansprechpartner:			

09-Aufnahmeantrag

Wunschtermin zur Aufnahme:				
Unterbringung:	<input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ <input type="checkbox"/> ZBV	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Infektionsschutzmaßnahmen	Kenntnis über Umzug ins Seniorenheim:	Der/die Betroffene <input type="checkbox"/> ist informiert <input type="checkbox"/> ist nicht informiert
Bereits in diesem Jahr in Anspruch genommene Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege.	Zeitraum / ausgeschöpfte Tage bzw. Entgelte: in folgender Einrichtung:			
Haustiere:	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, welche?			

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

Pflegekasse

Name:	Adresse:	Telefon:
Mitgliedsnummer:	Ansprechpartner:	Fax:

Beihilfestelle

Name:	Adresse:	Telefon:
Mitgliedsnummer:	Ansprechpartner:	Fax:

Selbstzahler

Selbstzahler: Ja
Rechnungsanschrift, falls abweichend:

Bankverbindung:

Bankleitzahl:

Kontoinhaber:

Kontonummer:

IBAN:

BIC:

Zuständiges Sozialamt

Name:	Adresse:	Telefon:
Aktenzeichen:	Ansprechpartner:	

Zuständige Rentenversicherungsanstalt: (siehe beigefügte Kopie Rentenbescheid)

Altersrente/ Höhe:

Witwenrente/Höhe:

Betriebsrente/Höhe:

Kriegsopferfürsorge/Höhe:

Blindengeld/Höhe:

Ausweise

Personalausweis - Nr.:	gültig bis:
Reisepass - Nr.:	gültig bis:
Behindertenausweis - Nr.:	gültig bis:
Prozent:	ausgestellt von:
Rezeptgebührenbefreiung: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	gültig bis:

Folgende Pflegehilfsmittel werden mitgebracht:

Hilfsmittel	Eigentum oder Leihgerät:	Lieferant des Hilfsmittels:
<input type="checkbox"/> Rollator	_____	_____
<input type="checkbox"/> Standardrollstuhl	_____	_____
<input type="checkbox"/> Multifunktionsrollstuhl	_____	_____
<input type="checkbox"/> Wechseldruckmatratze	_____	_____
<input type="checkbox"/> Weichlagerungsmatratze	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator	_____	_____
<input type="checkbox"/> Sonstiges	_____	_____

.....
Unterschrift Angehöriger / Betreuer

.....
Unterschrift Bewohner

Ort, Datum:

Kopie: WB

Diese Daten werden streng vertraulich behandelt.