

## Anmeldung

Vollstationäre Heimaufnahme  | Kurzzeitpflege  | Ambulanter Pflegedienst  | Tagespflege

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Fam.stand: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Nationalität: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Sonstiges: \_\_\_\_\_

Derzeitige Situation: \_\_\_\_\_

<b>aktueller Hausarzt:</b>	Name: _____ Anschrift: _____ Telefon: _____
<b>Vor Heimaufnahme benötigen wir eine ärztliche Bescheinigung gem. § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG) vom Hausarzt, die nicht älter als 6 Monate ist.</b>	
Krankenkasse: _____	
Vers-Nr.: _____ Beihilfeberechtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
<b>Bisheriger Pflegebedarf:</b> vorläufiger <input type="checkbox"/> bestätigter <input type="checkbox"/> Pflegegrad ____ seit: _____	
Wurde bereits Kurzzeitpflege im laufenden Kalenderjahr in Anspruch genommen? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> wo: _____ Anzahl Tage: _____	

- **Anmerkung zur Kurzzeitpflege:**  
Medikamente, Verbandsmaterialien, Inkontinenzmaterialien und Hilfsmittel (Rollator, Rollstuhl, Stock, etc.) müssen mitgebracht werden. Wäschepflege muss selbst organisiert werden.
- **Anmerkung zur Tagespflege:**  
Eine Abholung von zuhause ist gewünscht:  | Der Gast wird selbst zur Tagespflege gebracht:   
Teilnahmetage: Montag  | Dienstag  | Mittwoch  | Donnerstag  | Freitag

Nr.	Ansprechpartner:	
1	Ehefrau <input type="checkbox"/> Ehemann <input type="checkbox"/>	Name: _____
	Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/>	Straße: _____
	Nichte <input type="checkbox"/> Neffe <input type="checkbox"/>	PLZ, Ort: _____
	Enkelin <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/>	Telefon: _____
	Andere:	Handy: _____
		Email: _____
		Vollmacht: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Patientenverfügung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2	Ehefrau <input type="checkbox"/> Ehemann <input type="checkbox"/>	Name: _____
	Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/>	Straße: _____
	Nichte <input type="checkbox"/> Neffe <input type="checkbox"/>	PLZ, Ort: _____
	Enkelin <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/>	Telefon: _____
	Andere:	Handy: _____
		Email: _____
		Vollmacht: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Patientenverfügung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3	<b>Gesetzlicher Betreuer:</b>	Name: _____
	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	Straße: _____
	<input type="checkbox"/> Gesundheitssorge	PLZ, Ort: _____
	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	Telefon: _____
	<input type="checkbox"/> Sonstiges	Handy: _____
		Email: _____
		Patientenverfügung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>

Sonstige Hinweise: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Gemäß § 4 und 12 Datenschutzgesetz NRW sichern wir Ihnen zu, dass die von Ihnen abgefragten Daten nur zur sachgerechten Bearbeitung Ihres Antrages verwendet werden. Erfolgt keine Aufnahme innerhalb von sechs Monaten nach Abgabe der Anmeldung, werden Ihre Unterlagen vernichtet und Ihre Daten gelöscht.**

Unterschriften:

\_\_\_\_\_

Datum, Ort

\_\_\_\_\_

Unterschrift der angemeldeten Person

\_\_\_\_\_

Datum, Ort

\_\_\_\_\_

Unterschrift des Angehörigen/Betreuers