

# Anmeldung zur Aufnahme



Bezirksverband  
Schwaben e.V.

Seite 1

per Fax an: 08251 53174  
oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse

AWO Seniorenheim  
Oskar-von-Miller-Str. 16  
86551 Aichach

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

## Wird von der Verwaltung ausgefüllt!

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_ Zimmer Nr.  DZ  EZ  Kurzzeit bis  stationär

### Persönliche Daten

Nachname

Vorname

Geburtsname

Geboren am

Geboren in

Bei Geburtsort Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben.

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

### Anschrift

(Bitte den Hauptwohnsitz angeben, an dem Sie auch polizeilich gemeldet sind.)

Straße/ Nr.

PLZ/ Ort

Telefon

Zurzeit in welchem Krankenhaus oder Heim

(andere Einrichtung)?

### Bankverbindung

IBAN

BIC

Institut

### Gewünschte Unterbringung

Zutreffendes bitte ankreuzen

- Vollstationär  Kurzzeitpflege  
 beschützende Unterbringung

### Termin

Zu welchem Zeitpunkt wird die Aufnahme gewünscht?

### Die Heimkosten werden aufgebracht durch

Zutreffendes bitte ankreuzen.

- eigene Mittel  Sozialhilfe

weiter auf Seite 2

# Anmeldung zur Aufnahme



Name .....

Seite 2

## Angehöriger 1

Wie verwandt? .....

Name .....

Straße/Nr. ....

PLZ/Ort .....

Telefon tagsüber .....

abends .....

Mobiltelefon, .....

Telefax .....

Email .....

**Betreuer**

**Bevollmächtigter**

Betreuungs- bzw. Vollmachtsbereich/e:

Name .....

Straße/Nr. ....

PLZ/Ort .....

Telefon tagsüber .....

abends .....

Mobiltelefon, .....

Telefax .....

Email .....

## Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

.....

.....

.....

.....

## Angehöriger 2

Wie verwandt? .....

Name .....

Straße/Nr. ....

PLZ/Ort .....

Telefon tagsüber .....

abends .....

Mobiltelefon, .....

Telefax .....

Email .....

## Hausarzt

Name .....

Straße/Nr. ....

PLZ/Ort .....

Telefon/Fax .....

## Krankenkasse

Name .....

Pflegegrad .....

seit .....

Vers.Nr. ....

## Rezeptgebührenbefreiung?

ja  nein  bis .....

Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

ja  nein

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

# Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

per Fax an: 08251 53174  
oder im Briefkuvert an untenstehende Adresse



Bezirksverband  
Schwaben e. V.

AWO Seniorenheim  
Oskar-von-Miller-Str. 16  
86551 Aichach

Vorname

Nachname

Geburtsdatum

## Allgemeines

Größe , Gewicht ja nein

Ist der Patient gehfähig?  ja  nein

Ist der Patient bettlägerig?  ja  nein

Stuhlinkontinenz?  ja  nein

Harninkontinenz?  ja  nein

Unterstützungsbedarf

- bei Essen und Trinken?  ja  nein

- bei der Körperpflege?  ja  nein

- beim Ankleiden?  ja  nein

- im Bereich der Mobilität?  ja  nein

- beim Benutzen der Toilette/Umgang  
mit Ausscheidungen?  ja  nein

- bei  ja  nein

Ist der Patient örtlich orientiert?  ja  nein

Ist der Patient zeitlich orientiert?  ja  nein

Ist der Patient zur Person orientiert?  ja  nein

Verhaltensauffälligkeiten?  ja  nein

Welche? .....

Weglauff Tendenzen?  ja  nein

Suchtkrankheit?  ja  nein

Welche? .....

**Wunden**  ja  nein

Welche? .....

## Ansteckende Krankheiten

ja nein

ja  nein

(auch Tbc nach § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz)

Welche? .....

Nicht bekannt ja nein

MRSA  ja  nein

MRGN  ja  nein

Clostridien  ja  nein

Andere  ja  nein

## Spezielle Versorgung

ja nein

ja  nein

Beatmungspflichtig  Sauerstoffgabe

Tracheostoma  Port

Dialyse  .....

Werden spezielle Hilfsmittel benötigt? Welche?

## Diagnosen

.....

## Allergien/Unverträglichkeiten

ja nein

ja  nein

Welche? .....

## Hinweise und Bemerkungen des Arztes

.....

Stempel, Unterschrift des Arztes  
Ort, Datum

