

Anmeldung zur Aufnahme

im Dr. Friedrich-Geroldt-Haus
Iringheimer Straße 51, 77694 Kehl
Tel.: 07851 9359-0 Fax: 07851-9359-10



Zimmer: _____

Eingang der Anmeldung: _____ Aufnahme datum: _____

1. **Familienname, Geburtsname:** _____

2. **Vorname(n)** Rufname bitte unterstreichen: _____

3. **Anschrift:** _____
PLZ _____ Ort _____ Straße _____

4. **derzeitiger Aufenthalt** (z.B. Krankenhaus, Reha-Klinik): _____
PLZ _____ Ort _____ Straße _____

5. **Geburtsdatum:** _____ **Geburtsort:** _____

6. **Familienstand:** _____ 7. **Konfession:** _____ 8. **Staatsangehörigkeit:** _____

9. **Geburtsurkunde und/oder Heiratsurkunde bitte in Kopie mitbringen (nur bei Vollzeit)**
(wir können die Kopie auch gerne bei uns machen)

10. **Angehörige, Betreuerin, Bevollmächtigte:**

a) _____
wie verwandt Name Vorname Telefon

Handynummer E-Mail Adresse

PLZ Ort Straße

b) _____
wie verwandt Name Vorname Telefon

Handynummer E-Mail Adresse

PLZ Ort Straße

c) _____
wie verwandt Name Vorname Telefon

Handynummer E-Mail Adresse

PLZ Ort Straße

11. **Pflegegrad:** _____ wurde eine Erhöhung beantragt? _____
12. **Rezeptgebührenbefreiung:** Nein Ja wenn ja, bis wann: _____
13. **Pflegekasse:** _____ **Mitgliedsnummer:** _____
14. **Monatliches Einkommen nach heutigem Stand**

Art des Einkommens:	Zahlende Stelle:	Betrag in €:
1.	1.	1.
2.	2.	2.

Die Beantwortung von Nr. 14 und Nr. 15 entfällt, wenn die Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist.

15. **Kostenträger** (zutreffendes bitte ankreuzen) Die Heimkosten werden aufgebracht durch
- durch das oben aufgeführte monatliche Einkommen
- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bank) Stand heute: _____ €
- Zahlungen von (*) _____
- das zuständige Sozialamt in (*): _____

* Die Kostenverpflichtungserklärung LRA liegt bei folgt in den nächsten Tagen
 muss noch beantragt werden ist beantragt am _____

16. **Sind Sie beihilfeberechtigt?** Nein Ja
17. **Rechnungsanschrift:** _____
18. **Sind Sie schwerbehindert?** Nein Ja
19. **Ist eine Diät notwendig?** Nein Ja warum? _____
20. **Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht?**
- _____

21. **Wer stellt den Antrag zur Heimaufnahme?**

22. **Gerichtlich bestellter Betreuer?** Nein Ja Name: _____
23. **Vorsorgevollmacht?** Nein Ja Name: _____
24. **Patientenverfügung?** Nein Ja Name: _____
25. **Biografiebogen erhalten?** Nein Ja

26. Gibt es ansteckende Krankheiten wie z.B. MRSA, HIV, Tuberkulose, oder andere? Nein Ja
 Wenn Ja welche? _____
 Gibt es eine psychische Erkrankung? Nein Ja
 Gab es schon einmal einen Aufenthalt in einer Psychiatrie? Nein Ja
 Gibt es eine Depression? Nein Ja
 Gibt es einen Verdacht auf Suizidgefährdung? Nein Ja
 Gibt es eine aggressive Persönlichkeitsstörung? Nein Ja
 Gibt es eine Hinlauftendenz? Nein Ja
 Ist eine Suchtkrankheit bekannt? Nein Ja

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

27. Hausarzt: _____

28. **Hinweise, Bemerkungen:** Das Inkontinenzmaterial muss in Kurzzeitpflege und Verhinderungspflege selbst mitgebracht werden.

 Ort, Datum

 Unterschrift des Antragstellers



wenn möglich auch

 Unterschrift des Aufzunehmenden



Bitte überzeugen Sie sich vor der Abgabe der Anmeldung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind. Sollten Sie noch Fragen haben, sind wir Ihnen gerne behilflich und helfen Ihnen bei der Ausfüllung der Anmeldung.

Des Weiteren bitten wir Sie, uns schnellstmöglich den vom Arzt ausgefüllten Fragebogen abzugeben.

VIELEN DANK, Ihr Dr. Friedrich-Geroldt-Haus

Ansprechpartner in unserem Haus:

Herr Müller	07851 9359-13	Heimleiter
Frau Schmidt	07851 9359-14	Pflegedienstleitung
Frau Appel	07851 9359-12	Stellv.Verwaltungsleitung, Aufnahme, Rechnungen etc.
Frau Miller	07851 9359-33	Buchhaltung
Frau Elble, Frau Muñoz	07851 9359- 0	Rezeption
Frau Anselm	07851 9359-37	Stellv.PDL, Qualitätsmanagement,