



AWO
Seniorenzentrum
Morillenhang
Morillenhang 23- 25
52064 Aachen
Tel.:0241/ 70570 -0
Fax: 0241 / 70570-624

Eingangsvermerke der Einrichtung

Anmeldung zur Heimaufnahme

Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden!

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Danke für Ihr Verständnis.

1. Name (Familiename, bei Frauen auch bitte Geburtsname angeben)		
2. Vorname(n) Rufname bitte unterstreichen		
3. Wohnung (Hauptwohnsitz, polizeilich gemeldet)	Anschritt	
	Telefon	
4. Zur Zeit in welchem Krankenhaus oder in welcher Einrichtung?	Name des Krankenhauses, der Einrichtung	
	Anschritt des Krankenhauses, der Einrichtung	
5. Geburtsdaten (ggf. auch Land mit angeben)	am	in
6. Familienstand: <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> getrennt lebend <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> ledig		
7. Konfession:	8. Staatsangehörigkeit:	
9. Angehörige:		
wie verwandt?	Vorname	Zuname
PLZ	Ort	Straße, Nr.,
Tel.	Mobil.	
wie verwandt?	Vorname	Zuname
PLZ	Ort	Straße, Nr.,
Tel.	Mobil.	
10. Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte nachstehend Bekannte bzw. Freunde angeben:		
	Vorname	Zuname
PLZ	Ort	Straße, Nr.
Tel.	Mobil.	
11. Betreuer o. Bevollmächtigter (Name, Anschrift, Telefon ,FAX, Mail)		
12. Informationen per Email gewünscht?	Email-Adresse:	
13. freiheitsentziehende Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

14. Patientenverfügung		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
15. Bestattungsvertrag		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
16. Krankenkasse / Versicherten-Nr.			
17. Pflegekasse			
Liegt für den Aufzunehmenden bereits ein Pflegegrad vor?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja , welcher Pflegegrad		<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
Wenn Nein , wurde eine Pflegebegutachtung bereits veranlasst		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
oder bereits durchgeführt		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
18. Name des Hausarztes		_____	
	Dr.	Anschrift _____	
19. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)			
Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag EUR	
20. Kostenträger (zutreffendes bitte ankreuzen)			
Die Heimkosten werden aufgebracht durch			
<input type="checkbox"/> eigenes Einkommen / Vermögen (Selbstzahler)			
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger			
		Antrag gestellt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
21. Bankverbindung			
Heimkosten werden abgebucht von IBAN.:		BIC:	
Bankverbindung:			
22. Gewünschte Unterbringung			
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer		<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
23. Termin (wann wird die Aufnahme gewünscht)			
24. Diät notwendig? Welche? Warum?			
<p>Der vom Arzt aktuell ausgefüllte Fragebogen liegt bei.</p> <p>_____, den _____ 20____</p> <p>Unterschrift des Antragstellers:</p> <p>Bitte, überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind, die Vormerkung zur Aufnahme erfolgt grundsätzlich erst nach Abgabe aller geforderten Unterlagen.</p> <p>Datenschutzrechtlicher Hinweis:</p> <p>Kommt es nicht zur Heimaufnahme, wird dieses Dokument und damit die erhobenen Daten durch die Einrichtung vernichtet.</p>			
Für Vermerke der Einrichtung:			