



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

Eingangsvermerke der Einrichtung

Anmeldung zur Aufnahme

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, ggf. auch bitte Geburtsname angeben)			
2. Vorname(n) Rufname bitte unterstreichen			
3. Wohnung (Hauptwohnsitz, polizeilich gemeldet)	_____ Anschrift _____ Telefon		
4. Zur Zeit in welchem Krankenhaus oder in welcher Einrichtung?	_____ Name des Krankenhauses, der Einrichtung _____ Anschrift 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.	_____ Tel. mobil	_____ Fax	_____ Mail
_____ wie verwandt?	_____ Vorname	_____ Zuname	
_____ PLZ	_____ Ort	_____ Straße, Nr.,	
_____ Tel.	_____ Tel. mobil	_____ Fax	_____ Mail
_____ wie verwandt?	_____ Vorname	_____ Zuname	
_____ PLZ	_____ Ort	_____ Straße, Nr.,	
_____ Tel.	_____ Tel. mobil	_____ Fax	_____ Mail
10. Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte nachstehend Bekannte bzw. Freunde angeben:			
_____ wie verwandt?	_____ Vorname	_____ Zuname	
_____ PLZ	_____ Ort	_____ Straße, Nr.,	
_____ Tel.	_____ Tel. mobil	_____ Fax	_____ Mail
_____ wie verwandt?	_____ Vorname	_____ Zuname	
_____ PLZ	_____ Ort	_____ Straße, Nr., Tel.	
_____ Tel.	_____ Tel. mobil	_____ Fax	_____ Mail
11. Betreuer o. Bevollmächtigter (Name, Anschrift, Telefon ,FAX, Mail)			

12. freiheitsentziehende Maßnahmen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
13. Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
14. Bestattungsvertrag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
15. Krankenkasse / Versicherten-Nr.		
16. 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 oder bereits durchgeführt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
17. Name des Hausarztes	_____ Dr. _____ Anschrift _____	
18. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)		
Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag EUR
19. 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		
20. Bankverbindung		
Heimkosten werden abgebucht von IBAN.:		BIG:
Bankverbindung:		
21. Gewünschte Unterbringung		
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer		
22. Termin (wann wird die Aufnahme gewünscht)		
23. 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: Kommt es nicht zur Heimaufnahme, wird dieses Dokument und damit die erhobenen Daten durch die Einrichtung vernichtet.</p>		
Für Vermerke der Einrichtung:		