AWO - Seniorenzentrum
„Haus am Wedenberg“

Am Hohlweg 2
18236 Kröpelin
Tel. 038292-854-10
Fax 038292-854-14
verwaltung.sz@awo-doberan.care
www.awo-seniorenzentrum-kroepelin.de

Anmeldeformular Heimaufnahme

Bearbeitungsvermerke Verwaltung:

Debitor-Nr. Zimmer-Nr. Beratung;

Aufnahme geprüft durch HL: **Aufnahme:** ☐ **ja** ☐ **nein**

Bitte ab hier ausfüllen:

☐ vollstationäre Pflege ☐ Kurzzeitpflege / Urlaubs- & Verhinderungspflege

☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer

☐ vorsorglich ☐ Dringend ☐ gewünschter Termin .....

Angaben zur Person

Vor- und Zuname:	
Geburtsname:	Staatsangehörigkeit:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße; Hausnummer:	
PLZ; Ort:	
Telefon:	oder:
Konfession:	erlernter/ausgeübter Beruf:
Familienstand:	
Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend):	

Pflegegrad: ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ beantragt am/ seit .....

Zuzahlungsbefreiung: ☐ ja, bis 31.12.20..... ☐ nein

vorhandene Dokumente: ☐ (Vorsorge-)Vollmacht ☐ Patientenverfügung

☐ Betreuungsverfügung ☐ sonstige: .....

☐ aktueller Rentenbescheid (dringend erforderlich)

Angehörige

Vor- und Zuname:		Verwandtschaftsgrad:
Straße; Hausnummer:		
PLZ; Ort:		
Telefon:	Telefon mobil:	
Email:		Vollmacht? ☐ ja ☐ nein

Vor- und Zuname:		Verwandtschaftsgrad:
Straße; Hausnummer:		
PLZ; Ort:		
Telefon:	Telefon mobil:	
Email:		Vollmacht? ☐ ja ☐ nein

Vor- und Zuname:		Verwandtschaftsgrad:
Straße; Hausnummer:		
PLZ; Ort:		
Telefon:	Telefon mobil:	
Email:		Vollmacht? ☐ ja ☐ nein

Weitere Angaben:

Hausarzt	
Name:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	Fax:

Krankenkasse / Pflegekasse
Name:
Anschrift:
Telefonnummer:
Mitgliedsnummer:

Betreuer (nach Betreuungsrecht):
Anschrift:
Telefonnummer:
Wirkungskreis:

Kostenträger

Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe/ Beihilfe bezogen oder beantragt?

☐ ja, Sozialamt/ Beihilfe ……

☐ nein, Selbstzahler (Preisliste Stand vom …… bekannt)

Wird Blindengeld bezogen? ☐ ja ☐ nein

Liegt ein Grad der Behinderung vor? ☐ ja; _____GdB ☐ nein

Merkzeichen: ☐ G ☐ aG ☐ H ☐ Bl ☐ B ☐ RF ☐ sonstige: ……

<u>Gründe für die Heimaufnahme:</u>

☐ nach Krankenhausaufenthalt

☐ erhöhter Pflegeaufwand:

☐ Änderung der persönlichen Verhältnisse:

☐ sonstige:

<u>Hinweise & Ergänzungen:</u>

<u>Beratungsbedarf habe/n ich/ wir zu folgenden Themen:</u>

☐ Spezialisierte Unterbringung wegen dementieller Erkrankung

☐ sonstige:

Bitte beachten Sie unsere 3-Jahres-Ablauffrist für Anmeldungen!

Diese kann bei Bedarf verlängert werden.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie, gemäß der Datenschutzgrundverordnung, einer Speicherung der personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme zu.

……	……	……
Ort; Datum	Unterschrift des Antragstellers	wenn nicht Personengleich, Unterschrift des Aufzunehmenden