

Ich bin bereits Klient des Caritas Sozialzentrums von:

Tagespflege Caritas Sozialstation Essen auf Rädern Kurzzeitpflege Betreutes Wohnen

Seelsorger/Besuchsdienst/ehem. Mitarbeiter

1. Aufnahme für:

Datum: _____

Betreutes Wohnen

Zimmer Nr. _____

Altenheim

Aufnahme-Uhrzeit: 10:00 Uhr

Kurzzeitpflege von _____ bis _____

Handzeichen:

Tagespflege

Doppelzimmer

Einzelzimmer

Unruhe

Hinlauftendenz

Bettgitter

Bitte beachten Sie, dass bei dem Wunsch auf ein Einzelzimmer, eine Aufnahme in ein Einzelzimmer nicht gewährleistet werden kann!

2. Persönliche Daten des Kunden

Name,

Vorname _____

Straße, PLZ, Wohnort, Telefon

Derzeitiger Aufenthalt: Privat (wie oben) Klinik / andere Einrichtung

Werden Sie zur Zeit von einer Sozialstation oder einem ambulanten Dienst betreut? Ja nein
von wem?

Geburtsdatum: _____

Geburtsname:

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit:

Familienstand: _____

Konfession:

Schwerbehindertenausweis beantragt /vorhanden? Ja _____ %, gültig bis _____
Nein

Selbstzahler (Kosten für das Pflegeheim werden selber übernommen)

Sozialhilfe ist beim Bezirk beantragt oder wird beantragt

3. Krankenkasse/Pflegekasse

Name: _____ **Anschrift:** _____

Tel, Fax: _____ **Vers.Nr:** _____

Zuzahlungsbefreiung vorhanden: Ja Nein

Pflegegrad _____ **besteht ab:** _____

Antrag auf Pflegegrad gestellt: Ja, am _____ **von:** _____

Nein

Liegt eine Bewilligung auf erheblich allgemeinen Betreuungsbedarf nach § 43 b SGB XI vor?
Mitteilung Pflegekasse über Pflegeleistungen beantragt Ja Nein

4. Ärztliche Versorgung (falls ein neuer Hausarzt benötigt wird, bemühen Sie sich bitte rechtzeitig darum!)

Bisheriger Hausarzt

Name, Vorname: _____

Adresse: _____

SARS-CoV-2 Impfung vorhanden? ja nein Datum der Impfungen:

5. Freiheitsentziehende Maßnahmen

Der Beschluss muss bei Aufnahme vorhanden und gültig sein und evtl. für die Kurzzeitpflege beantragt werden. (Bettgitter, Rollstuhlgrurt, Rollstuhlbremsen etc.)

6. Kontaktadressen / Angehörige:

Angehöriger 1:

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse: _____ Tel: _____
Fax: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Angehöriger 2:

Name, Vorname: _____ Verwandtschaftsverhältnis: _____

Adresse: _____ Tel: _____
Fax: _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

7. Vertretung des Kunden / Bewohners:

(alle vorhandenen schriftlichen Nachweise müssen zur Aufnahme vorliegen)

Der Bewohner ist voll geschäftsfähig Der Bewohner ist nicht geschäftsfähig

Unabhängig davon ist eine Vollmacht zur Durchführung von Erledigungen (Auskunftsberechtigung und Vertretung gegenüber Behörden und Ämtern, Antragstellung, Zahlungsverkehr, Vertragsabwicklung, etc.) dringend zu empfehlen.

Vollmacht liegt schriftlich vor (genaue Bezeichnung der Vollmacht): _____

Name Bevollmächtigter: _____

Amtlich bestellte Betreuung ist beantragt am _____ von _____

Name _____ besteht seit _____ zuständ. Amtsgericht: _____

Patientenverfügung

8. Allgemeines:

Soll im Notfall auch nachts angerufen werden? Ja Nein

Bitte bemühen Sie sich eigenständig um einen Fernseher und ein Telefon!

9. Gesundheitszustand (bitte immer ausfüllen!)

Grunderkrankungen:

Gesundheitszustand zurzeit:

Mobilität: bettlägerig Ja Nein

Vorhandene Hilfsmittel:

Wird Sauerstoff benötigt? Ja Nein

Ernährung selbständig Ja Nein

Orientierung: _____

Datum: _____

Unterschrift:
