

Aufnahmeantrag

Ich bin bereits Klient des Caritas Sozialzentrums von:

- Tagespflege Caritas Sozialstation Essen auf Rädern Kurzzeitpflege Betreutes Wohnen
 Seelsorger/Besuchsdienst/ehem. Mitarbeiter

1. Aufnahme für:

- Betreutes Wohnen
 Altenheim
 Kurzzeitpflege von _____ bis _____
 Tagespflege

Zimmer Nr. _____

Aufnahme-Uhrzeit: 10:00 Uhr

Datum: _____

Handzeichen: _____

- 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: _____

Aufnahmeantrag

5. Freiheitsentziehende Maßnahmen

Der Beschluss muss bei Aufnahme vorhanden und gültig sein und evtl. für die Kurzzeitpflege beantragt werden. (Bettgitter, Rollstuhl, 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: _____