

Datum: _____

Anmeldung zur Kurzzeitpflege im

- Bezirksaltenheim Aigen-Schlögl, Hauptstraße 19, 4160 Aigen-Schlögl | (07281/20005)
- Bezirksaltenheim Haslach a. d. M., Am Bach 17, 4170 Haslach a. d. M. (07289/72306)
- Bezirksaltenheim Kleinzell i. M., Weigelsdorf 14, 4115 Kleinzell i. M. (07282/5701)
- Bezirksaltenheim Lembach i. M., Lederergasse 14, 4132 Lembach i. M. (07286/7393)
- Bezirksaltenheim Rohrbach-Berg, Am Teich 6, 4150 Rohrbach-Berg (07289/40161)
- Bezirksaltenheim Ulrichsberg, Steinwände 6, 4161 Ulrichsberg (07288/27038)

vom _____ bis _____

Angaben über die aufzunehmende Person:

Name: _____ Geburtsname: _____

Wohnanschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: _____ Rel. Bekenntnis: _____

Staatsbürgerschaft: _____ Telefon: _____

Krankenversicherung: _____ Nr.: _____ Rezeptgebührenbefreit: JA NEIN

Pensionsversicherung: _____

Pflegegeldstufe: _____ Ist derzeit ein Pflegegeldansuchen offen? JA NEIN

Bitte einen Nachweis über die Pflegegeldstufe mitbringen!

Angaben über die derzeitige Betreuungsperson:

Name: _____ Telefon: _____

Wohnanschrift: _____

Erreichbarkeit während der Abwesenheit: Telefon: _____

Bei einem vorübergehenden Heimaufenthalt sind der Standardsatz (Euro: _____/ Tag) und der entsprechende Pflegezuschlag aus eigenen Mittel zu entrichten. Bei Nichteinstufung wird mindestens ein Pflegezuschlag der Stufe 3 verrechnet.

Unterschrift

Informationen zum Gesundheitszustand:

	JA	NEIN		JA	NEIN
Gehfähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bettlägrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insulinpflichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schonkost	_____				

Medikamente:	MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT

Bitte bringen Sie die vorhandenen Medikamente bei der Aufnahme mit!

Hausarzt: _____

Bestätigung vom Arzt

- Der Aufnahmewerber kann die Anmeldung nicht selbst unterschreiben, ist aber mit einer Aufnahme einverstanden. Begründung der Verhinderung:

- Derzeit werden Hilfsmittel zum Schutz vor Verletzungen eingesetzt, welche die persönliche Freiheit einschränken könnten (Seitenschutz beim Bett,..). Damit diese Hilfsmittel auch im Heim verwendet werden dürfen, muss ge. HeimAufG vom Arzt die dafür zugrundeliegende **Diagnose** und **Gefährdung** bestätigt werden:

Ort/Datum: _____ Unterschrift/Stampiglie: _____