

- Die Kostenübernahme muss vor der Heimaufnahme geklärt sein! -

AUFNAHMEANFRAGE - BITTE NUR EINE EINRICHTUNG AUSWÄHLEN -

Spital Sonthofen Spitalplatz 1 87527 Sonthofen Tel. 08321 66590 Fax 08321 665960	<input type="checkbox"/>	Seniorenresidenz Blaichach Oberer Weg 2 87544 Blaichach Tel. 08321 805070 Fax 08321 8050720	<input type="checkbox"/>	Spital Immenstadt Kemptener Str. 13 87509 Immenstadt Tel. 08323-96230 Fax 08323-962334	<input type="checkbox"/>	Postresidenz Altusried Hauptstr. 11 87452 Altusried Tel. 08373 790 Fax 08373 79190	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Kurzzeit-/Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Einzel- / <input type="checkbox"/> Doppelzimmer
--	--------------------------	---	--------------------------	--	--------------------------	--	--------------------------	---

Gewünschter Einzugstermin _____

1. Anmeldung zur Heimaufnahme (Antragsteller bzw. aufzunehmender Bewohner)

Name:	Vorname:	Geburtsname:
Familienstand:	Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße:	PLZ/ Ort:	Staatsangehörigkeit:
Telefon:	E-Mail:	Religion:

2. Anschrift der nächsten Angehörigen/Betreuer

Rechnungs-Empfänger	Name	Verwandtschafts-grad/Betreuer	Straße	PLZ/ Wohnort	Telefon/E-Mail
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>					

3. Angaben zur Versorgung

Hausarzt:	Zahnarzt:	Facharzt:
Krankenkasse:	Versicherungs-Nr.:	Befreiung Rezeptgebühr: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Schwerbehindertenausweis: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Bestattungsvorsorge <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Notarielle Generalvollmacht: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Amtliche Betreuung: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> nein / <input type="checkbox"/> ja, Grad:	Antrag auf Pflegeeinstufung gestellt: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Antrag gestellt am:

4. Angaben zum Kostenträger

Selbstzahler: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein	Zuzahlung durch Sozialamt: <input type="checkbox"/> ja / <input type="checkbox"/> nein
Zuständiges Sozialamt:	

1. Bisherige/letzte Wohnsituation

- Eigene Wohnung/Haus
Versorgung durch: selbständig Angehörige Ambulanter Dienst _____
- Anderes Heim _____
- Klinik/Rehaklinik _____

2. Unterstützungsbedarf

Bei der **Körperpflege** ja / nein

Beim **Toilettengang** ja / nein

Inkontinenzmaterial (Einlagen, Windeln) _____

Beim **Transfer/Laufen** ja / nein _____

Genutzte Hilfsmittel:

- Rollator Rollstuhl Gehstock

Beim **Essen/Trinken** ja / nein

Beeinträchtigungen beim **Sehen** ja / nein

Beeinträchtigungen beim **Hören** ja / nein

Genutzte Hilfsmittel:

- Brille Hörgeräte
Letzte Überprüfung am _____ Letzte Überprüfung am _____

Sonstige Besonderheiten (z. B. Unterstützungsbedarf in der Nacht):

Ort, Datum

Unterschrift

Interne Bearbeitung:

Termin in der Verwaltung am _____ um _____ Uhr

Datum Heimaufnahme _____

Wohngruppe _____ Zimmernr. _____ Einzel- / Doppelzimmer