ERICH SCHUMM
Pflege

Anmeldebogen Pflegeheim Haus Margarete

Bitte Zutreffendes ankreuzen

- ☐ Dauerpflege
- ☐ Kurzzeitpflege von _____ bis _____
- ☐ Tagespflege

- ☐ Einzug/Beginn der Versorgung: _____
- ☐ Reservierung ab: _____
- ☐ auf Warteliste setzen ab: _____
- ☐ Sonstiges: _____

Personaldaten

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsname
_____	_____	_____
Straße	PLZ/Ort	Telefon/Fax
_____	_____	_____
Bundesland	Ortsteil/Gemeinde	Landkreis

ERICH SCHUMM
Pflege

_____	_____	_____
Geburtsdatum	Geburtsort	derzeitiger Aufenthaltsort (z.B. Krankenhaus)
_____	_____	
Staatsangehörigkeit	Religionszugehörigkeit	

O led. O verw. O geschieden O verh. _____

Familienstand Datum und Ort der Eheschließung

O ja (Kopie) O nein O ja (Kopie) O nein

Personalausweis Behindertenausweis

Coronaimpfung

geimpft O nein O ja (falls ja, bitte Kopie Impfnachweis beilegen)

Krankenkasse/Pflegekasse

- ☐ Gesetzlich
- ☐ Privat

_____	_____	_____
Name	Straße	PLZ/Ort
_____	_____	_____
Telefon/Fax	E-Mail	Versicherungsnummer

O ja (Kopie) O nein O ja (Kopie) O nein

ERICH SCHUMM
Pflege

Zuzahlungsbefreiung | Beihilfeberechtigt | Alltagskompetenz O

O ja O nein | O ja (Kopie O nein

Zuordnung Pflegegrad | Patientenverfügung

Bescheid über Pflegegrad liegt vor (Kopie) O 1 O 2 O 3 O 4 O 5

Beantragt am:_____

Kostenträger

Selbstzahler

- ☐ ja
- ☐ nein

Antrag auf Sozialhilfe

- ☐ ja, am:_____
- ☐ nein

Rechnungsempfänger:
Heimkostenabrechnungen werden per E-Mail an den Empfänger versendet. Bei Versendung auf dem Postweg werden 0,85 € Portogebühren berechnet.

_____ _____ _____

Name | Vorname | Adresse

Zahlweise

- ☐ Überweisung
- ☐ Lastschrift

ERICH SCHUMM
Pflege

Ehegatte, Angehörige bzw. Kontaktpersonen

a) _____ _____ _____

Name | Vorname | wie verwandt

_____ _____ _____

Straße | PLZ/Ort | Telefon/Fax

_____ _____ O ja O nein

E-Mail | Mobil | Benachrichtigung nachts

b) _____ _____ _____

Name | Vorname | wie verwandt

_____ _____ _____

Straße | PLZ/Ort | Telefon/Fax

_____ _____

E-Mail | Mobil

ERICH SCHUMM
Pflege

Betreuung/Vollmacht

☐ ja (Kopie)

Betreuung ist beantragt: O ja O nein

_____	_____	_____
Name/Vorname	Straße	PLZ/Ort
_____	_____	_____
Telefon/Fax	E-Mail	Mobil

O ja (Kopie) O nein

Patientenverfügung

Hausarzt

Hausarztmodel

☐ ja

☐ nein

_____	_____	_____
Name	Straße	PLZ/Ort
_____	_____	_____
Telefon/Fax	E-Mail	Sonstiges

ERICH SCHUMM
Pflege

Facharzt für _____

Name	Straße	PLZ/Ort
Telefon/Fax	E-Mail	Sonstiges

Besondere Wünsche für den Fall des Versterbens:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Allgemeiner Aufnahmebogen

ERICH SCHUMM
Pflege

Inkontinenz	O Ja	O Nein
Ummeldung beim Rathaus	O Ja	O wird noch erledigt
Telefon	O Haus	O Telekom
Zeitung	O Ja	O Nein
Medikamentenbefreiung:	O Ja	O Nein
Wäscheversorgung (kostet einmalig 41,44 Euro)	O Ja	O Nein
Patchen der Wäsche- einnähen	O Ja	O Nein
Generalvollmacht	O Ja	O Nein

Betreuer:_____

Bestimmte Kost zum
Essen/Sonderkost:_____

Allgemeine Fragen:

- ☐ Diabetiker
- ☐ Herz- Kreislauferkrankung
- ☐ Allergien bekannnt O ja, welche _____
- ☐ Infektionskrankheiten O ja, welche _____
- ☐ Raucher O ja O nein
- ☐ Alkoholiker O ja O nein

Formular aufgenommen
von:_____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben und beantrage hiermit die Heimaufnahme.
Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten in den Systemen des Erich Schumm Stift zur internen Abwicklung gespeichert werden. Die Daten werden nicht an Dritte weitergeleitet.

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift des Bewohners bzw.gesetzlichen Vertreters

ERICH SCHUMM
Pflege

Pflegeheim - Haus Margarete

- ☐ Einzelzimmer, Zimmer-Nr.: _____
- ☐ Ehepaarzimmer, Zimmer-Nr.: _____

Hilfsmittel

- ☐ Rollator
- ☐ Stock
- ☐ Rollstuhl
- ☐ Zahnprothese
- ☐ Hörgerät
- ☐ Brille

Toilettengang

- ☐ selbstständig
- ☐ Begleitung
- ☐ Hilfe
- ☐ Inkontinenzartikel

Mahlzeiten

- ☐ selbstständig
- ☐ richten
- ☐ reichen
- ☐ mundgerecht
- ☐ passiert

Probleme/Ressourcen/Fähigkeiten

Post

Wohin soll die Post zugestellt werden?

- ☐ ins Zimmer
- ☐ Abholung an der Zentrale
- ☐ Angehörige Name u. Adresse (kostenpflichtig):

_____