

Anmeldebogen Pflegeheim Haus Margarete

Name:

Bitte Zutreffendes ankreuzen

- Einzelzimmer, Zimmer-Nr.: _____
- Schmetterlingszimmer, Zimmer-Nr.: _____ + Zimmer-Nr.: _____
- Dauerpflege
- Kurzzeitpflege von _____ bis _____
- Tagespflege
- Einzug/Beginn der Versorgung: _____
- Reservierung ab: _____
- auf Warteliste setzen ab: _____
- Sonstiges: _____





Personendaten

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsname
_____	_____	_____
Straße	PLZ/Ort	Telefon/Fax
_____	_____	_____
Bundesland	Ortsteil/Gemeinde	Landkreis
_____	_____	_____
Geburtsdatum	Geburtsort	derzeitiger Aufenthaltsort
_____	_____	
Staatsangehörigkeit	Religionszugehörigkeit	

ledig
 verwitwet
 geschieden
 verheiratet

 Datum und Ort der Eheschließung

ja (Kopie)
 nein
 Personalausweis

ja (Kopie)
 nein
 Behindertenausweis

ja (Kopie)
 nein
 Familienstammbuch

ja (Kopie)
 nein
 Geburtsurkunde



Kostenträger

Selbstzahler

ja nein

Antrag auf Sozialhilfe/Hilfe zur Pflege

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



Vorsitzende des
Stiftungsvorstandes:
Verena Ortmann
Heimleitung:
Alexandra Zieffle

Amtsgericht Stuttgart

Aktenzeichen: 14-0563St.-
Nr.: 510 494 12 44

Volksbank Backnang eG

IBAN: DE33 6029 1120 0784 8480 09

Krankenkasse/Pflegekasse

Gesetzlich Privat

Name

Straße

PLZ/Ort

Telefon/Fax

E-Mail

Versicherungsnummer

ja (Kopie) nein

Zuzahlungsbefreiung

ja (Kopie) nein

Beihilfeberechtigt

ja nein

Zuordnung Pflegegrad

ja (Kopie) nein

Patientenverfügung

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

Beantragt am: _____

Alltagskompetenz



Vorsitzende des
Stiftungsvorstandes:
Verena Ortmann
Heimleitung:
Alexandra Zieffle

Amtsgericht Stuttgart

Aktenzeichen: 14-0563St.-
Nr.: 510 494 12 44

Volksbank Backnang eG

IBAN: DE33 6029 1120 0784 8480 09

Ehegatte, Angehörige bzw. Kontaktpersonen

1. _____

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

Möchten Sie auch nachts benachrichtigt werden?

ja nein, nicht in der Zeit von _____ bis _____

Benachrichtigungstyp:

Krankheit	<input type="checkbox"/> Telefon	<input type="checkbox"/> Mail
Todesfall	<input type="checkbox"/> Telefon	<input type="checkbox"/> Mail
Überleitung ins Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Telefon	<input type="checkbox"/> Mail
Unfall/Sturz	<input type="checkbox"/> Telefon	<input type="checkbox"/> Mail
Besondere Vorkommnisse	<input type="checkbox"/> Telefon	<input type="checkbox"/> Mail

Anmerkungen/Informationen Ihrerseits





Ehegatte, Angehörige bzw. Kontaktpersonen

2. _____

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

Möchten Sie auch nachts benachrichtigt werden?

ja nein, nicht in der Zeit von _____ bis _____

Benachrichtigungstyp:

- | | | |
|-----------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| Krankheit | <input type="checkbox"/> Telefon | <input type="checkbox"/> Mail |
| Todesfall | <input type="checkbox"/> Telefon | <input type="checkbox"/> Mail |
| Überleitung ins Krankenhaus | <input type="checkbox"/> Telefon | <input type="checkbox"/> Mail |
| Unfall/Sturz | <input type="checkbox"/> Telefon | <input type="checkbox"/> Mail |
| Besondere Vorkommnisse | <input type="checkbox"/> Telefon | <input type="checkbox"/> Mail |

Anmerkungen/Informationen Ihrerseits



Ärztlicher/Medizinischer Fragebogen

Hausarzt

Hausarztmodell ja nein

 Name Straße PLZ/Ort

 Telefon/Fax E-Mail Sonstiges

Fachärzte

Name	Fachrichtung	Anschrift

Allgemeine Fragen:

- Diabetiker
 Herz- Kreislauferkrankung
 Allergien bekannt ja, welche _____
 Infektionskrankheiten ja, welche _____
 Suchterkrankungen ja, welche _____
 Psychische Erkrankungen ja, welche _____

Medikamentengabe/Ärztliche Verordnungen

- 1x täglich Kompressionsstrümpfe
 2x täglich Injektionen
 3x täglich Verbände
 4x täglich oder öfter Blutzuckermessung
 Sauerstoffgabe Blutdruckmessung



Diagnosen:

Demenzielle Entwicklung/Erkrankung

ja, seit wann: _____ nein

Hinlauf-/Weglauftendenz

Ablehnendes/Aggressives Verhalten

Sonstige wichtige Details:



Allgemeiner Aufnahmebogen

Ummeldung beim Rathaus Ja wird noch erledigt
 Telefon Haus Telekom
 Zeitung Ja Nein
 Medikamentenbefreiung: Ja Nein
 Wäscheversorgung Ja Nein
 (kostet einmalig 42,64 Euro) – bitte beachten Sie die Hinweise im Infolyer Wäsche

Patchen der Wäsche- einnähen Ja Nein

Wohin soll die Post zugestellt werden?

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

Welche Personen dürfen noch Datenschutzrelevante Informationen/Auskünfte erhalten?

Formular aufgenommen von: _____

Datum und Kontakt Aufnahmegespräch: _____

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



Vorsitzende des
 Stiftungsvorstandes:
 Verena Ortmann
 Heimleitung:
 Alexandra Zieffle

Amtsgericht Stuttgart

Aktenzeichen: 14-0563St.-
 Nr.: 510 494 12 44

Volksbank Backnang eG

IBAN: DE33 6029 1120 0784 8480 09

Pflegeheim - Haus Margarete

Hilfsmittel

- Rollator
- Stock
- Rollstuhl
- Zahnprothese
 - oben unten
- Hörgerät
 - links rechts
- Brille
- Sauerstoffgerät

Toilettengang

- selbstständig
- Begleitung
- Hilfe
- Inkontinenzartikel – bei KZP werden 2,50 EUR pro Tag berechnet, wenn keine eigene Inkontinenzartikel mitgebracht werden
 - eigene Inko wird mitgebracht (NUR KZP)

Mahlzeiten

- selbstständig
 - richten
 - reichen
 - mundgerecht
 - passiert
 - Sonderkost/Unverträglichkeiten:
-

Orientierung

- voll orientiert
- Einschränkungen: _____
- nicht orientiert
- Hin-/Weglauftendenz

