



Name, Vorname(n) Bewohner(in)	Name, Vorname	
	geb. am	Geburtsort
	Staatsangehörigkeit	Konfession
Anschrift	Straße / PLZ / Ort	Telefon

Angehörige	a)	Name, Vorname		
		Straße / PLZ / Ort		
		wie verwandt?	Telefon	Fax/ E- mail
Vorsorge- Bevollmächtigter/ Betreuer	b)	Name, Vorname		
		Straße / PLZ / Ort		
		Vorsorgebevollmächtigt <input type="checkbox"/>	Telefon	Fax/ E- mail
		Betreuer <input type="checkbox"/>		
Vorsorgevollmacht		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Vorsorgevollmacht beifügen)	
Besteht eine gesetzliche Betreuung?		<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie der Betreuungsverfügung beifügen)	

Krankenkasse / Pflegekasse	Name / Anschrift / Tel.	
Beihilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Versichertennummer		Zuzahlungsbefreiung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt am _____	
Pflegewohnngeld	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> beantragt am _____	
Hausarzt/ Facharzt	Name	Telefon

Gewünschte Unterbringung	<input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer	
Kurzzeitpflege	von	bis
Termin für den Einzug	Datum	<input type="checkbox"/> in ca. _____ Monaten / Jahren
Hinweise		

Datum	Unterschrift des / der Interessenten oder des Betreuers bzw. Bevollmächtigten
--------------	--

Datum	Handzeichen des Sachbearbeiters
--------------	--

Vivendi-QM Handbuch- Einrichtung-Infomappe- gelb Anmeldung stat Altenpflege 3. Version 24.11.2015.doc

Bitte von Ihrem Hausarzt ausfüllen lassen!

Vor- und Zuname:

Geburtsdatum:

Hauptdiagnose u.

Nebendiagnosen:

Regelmäßige Kontrollen

Diätetische Maßnahmen

Besonderheiten:

z.B. Ansteckende Erkrankungen, Suchterkrankungen (Grundsätzlich nehmen wir keine Patienten mit einer ansteckenden Erkrankung auf)

Medikamente / Injektionen

Für evtl. notwendige Nachfragen seitens der Wohnanlage Sophienhof hat der Patient seinen Hausarzt von der Schweigepflicht entbunden.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes