

Eingangsvermerk:

Anmeldung zur Heimaufnahme

Zuname:	Vorname:	ev. <input type="checkbox"/> rk. <input type="checkbox"/>
Hauptwohnsitz:		Tel.:
Derzeitiger Aufenthalt: (z.B. welches Krankenhaus?)		
Geboren am:	in:	Staatsangehörigkeit:
Familienstand:	Geburtsname:	
Beruf:	Beruf des Ehepartners:	
Angehörige / Bezugspersonen		
Wie verwandt:	Name:	Tel.:
Adresse:		
Wie verwandt:	Name:	Tel.:
Adresse:		
Wie verwandt:	Name:	Tel.:
Adresse:		
Betreuer:	Tel.:	
Adresse:		
Hausarzt:	Tel.:	
Adresse:		
Krankenkasse:	Mitgl.-Nr.:	
Rententräger:		
Einkommensart:	zahlende Stelle:	Betrag:
Einkommensart:	zahlende Stelle:	Betrag:
Einkommensart:	zahlende Stelle:	Betrag:
Kostenträger:	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sozialamt in:	
Gewünschte Unterbringung in:	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Diät notwendig:	
Terminwunsch:	<input type="checkbox"/> Heimnotwendigkeit liegt vor	Pflegestufe alt: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Pflegegrad neu: 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Antragsteller:		
Grund der Heimaufnahme und Bemerkungen:		

Ich benachrichtige die Einrichtung, wenn für die Anmeldung kein Bedarf mehr besteht. Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

Unterschrift des Antragstellers: _____

Unterschrift des Aufzunehmenden: _____

Ärztlicher Fragebogen zur Anmeldung im Waldthausen Stift

Waldthausen Stift Hohlweg 2, 45147 Essen, Tel.: 0201 8747 0, Fax.: 0201 8747 333

1. Vor- und Zuname: _____

2. Geburtstag: _____

3. Ist Pat. gehfähig? ja nein

4. Treppensteigen möglich? ja nein

5. Ist Pat. Häufig bettlägerig? ja nein

6. Ständig bettlägerig? ja nein

7. Beherrschung des Stuhlabgangs? ja nein

8. Beherrschung des Urinabgangs? ja nein

9. Fremder Hilfe bedürftig? beim Essen beim Waschen
 beim An- beim Frisieren/
kleiden Rasieren
 beim Auf- beim Lagern zur
stehen aus Nachtruhe
dem Bett
 beim Be- bei _____
nutzen der
Toilette

10. Örtlich orientiert? ja nein nicht immer

11. Zeitlich orientiert? ja nein nicht immer

12. Nachts ruhig? ja nein nicht immer

13. Gemütsstimmung? willig freundlich verdrießlich

14. Gefährliche Eigenschaften? nein ja, welche?

15. Suchtkrankheiten? nein ja, welche?

16. Körperliche Behinderung(en)? - Art - _____

17. Geistig-seelische Behinderung oder Störung - Art - _____

18. Diagnose _____

19. Ist Pat. Frei von ansteckenden Krankheiten ? _____

20. Ist Pat. Frei von TBC ? ja nein

21. Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____

_____, den _____ 20____

Stempel und Unterschrift des Arztes