



Eingangsvermerk:	
Zimmer:	Einzugstermin:

Anmeldung zur Heimaufnahme

Zuname:		Vorname:		ev. <input type="checkbox"/> rk. <input type="checkbox"/>
Hauptwohnsitz:			Tel.:	
Derzeitiger Aufenthalt: (z.B. Krankenhaus)				
Geboren am:		in:	Staatsangehörigkeit:	
Familienstand:		Geburtsname:		Beruf:
Sonstiges:				
Bezugspersonen ↓ z.B. 1. Tochter / 2. Sohn / usw.				
1. Name:		Tel.:		
Adresse:		E-Mail:		
2. Name:		Tel.:		
Adresse:		E-Mail:		
3. Name:		Tel.:		
Adresse:				
Betreuer/Bevollmächtigter:			Tel.:	
Name:		Tel.:		
Adresse:		E-Mail:		
Hausarzt:			Tel.:	
Adresse:			E-Mail:	
Krankenkasse:		Mitgl.-Nr.:		
Rententräger: <input type="checkbox"/> Deutsche Rentenversicherung Sonstige:				
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"/> Vollstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege				
<input type="checkbox"/> Heimnotwendigkeit liegt vor		<input type="checkbox"/> Ärztlicher Fragebogen liegt vor		Pflegegrad: 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>
Terminwunsch: (z.B. vorsorglich / sofort)				
Grund der Heimaufnahme:				

Ich benachrichtige die Einrichtung, wenn für die Anmeldung kein Bedarf mehr besteht.

Unterschrift des Antragstellers: _____ Datum: _____

Unterschrift des Aufzunehmenden: _____ Datum: _____

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