

Anmeldung zum Einzug in das Heinrich-Grüber-Haus

Name, Vorname:	Geburtsname:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:	Familienstand: Konfession:
Anschrift und Tel-Nr:	falls Abweichend, derzeitiger Aufenthaltsort:

Pflegegrad

Pflegegrad 1

Pflegegrad 2

Pflegegrad 3

Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

Pflegekasse/Krankenkasse:

Versicherten-Nr:

Angehörige

Betreuer

Bevollmächtigter

Angehörige

Betreuer

Bevollmächtigter

Name, Vorname:

Anschrift:

Name, Vorname:

Anschrift:

Telefon:

privat:

dienstl:

Telefon:

privat:

dienstl:

Verwandtschaftsverhältnis:

Verwandtschaftsverhältnis:

Hausarzt

Name:

Anschrift:

Wünsche:

Einzelzimmer

Doppelzimmer

beides möglich

Gewünschter Einzugstermin

Schnellstmöglich

anderer Termin: _____

Sonstiges/Anmerkungen:

Ort, Datum, Unterschrift:

Sehr geehrte Interessentin, sehr geehrter Interessent,

um Ihre Berechtigung zum Bezug von Pflegegeld zu klären, benötigen wir von Ihnen einige Angaben zur finanziellen Situation des Pflegebedürftigen. Daher bitten wir Sie, neben der Anmeldung auch die vertrauliche Selbstauskunft auszufüllen.

Herzlichen Dank!

Vertrauliche Selbstauskunft über Einkommens- und Vermögenswerte

Name, Vorname:

<u>Vermögenswerte</u>	<u>Einkommenswerte</u>
Girokonto:	Altersrente:
Sparbuch:	Witwenrente:
Lebensversicherung:	Werksrente:
Bestattungsvorsorgevertrag:	Unfallrente:
Wohneigentum:	Vermietung oder Verpachtung:
Sonstige:	Sonstige:

Ich versichere, dass die o. g. Angaben der Wahrheit entsprechen, keine Angaben verschwiegen wurden und keine weiteren Konten geführt werden.

Ort, Datum, Unterschrift

Ärztlicher Fragebogen

anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Vor - und Zuname			
Geburtsdatum			
Ist Patient gehfähig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ist Patient häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Beherrschung des Stuhlabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Fremder Hilfe bedürftig?	<input type="checkbox"/> beim Essen <input type="checkbox"/> beim Ankleiden <input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett <input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> beim Waschen <input type="checkbox"/> beim Frisieren/ Rasieren <input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe <input type="checkbox"/> bei...	
Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Zur Person orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Situativ orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
Suchtkrankheit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
Körperliche Behinderung(en)			

Geistig-seeliche Behinderung oder Störung _____

Diagnose _____

Medikamente _____

Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch Tbc)? _____

Hinweise und Bemerkungen des Arztes: _____

_____, den _____

Stempel und Unterschrift des Arztes:

_____, den _____

Ä r z t l i c h e s Z e u g n i s

zur Vorlage bei
einer Einrichtung im Sinne des §1 Heimgesetz (HeimG)

Name, Vorname, Geburtsdatum, ggf. Geburtsname:

Hiermit wird bescheinigt, dass eine ansteckungsfähige Tuberkulose der Atmungsorgane und
eine infektiöse Hepatitis nicht vorliegt.

Stempel u. Unterschrift des Arztes