



## Anmeldung Ev. Altenzentrum Haus am Römerkanal

Anmeldung für	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege		
1. Name, Vorname			
2. Adresse	Straße		
	PLZ	Ort	
3. Geburtsdaten	Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geburtsname:
4. Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verwitwet		
5. Konfession/ Staatsangehörigkeit			
6. Derzeitiger Aufenthaltort	<input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha <input type="checkbox"/> Zuhause (Bei Krankenhausaufenthalt bitte Überleitungsbogen beifügen)		
7. Angehörige	1. Verwandtschaftsverhältnis:		
	Name, Vorname	privat	
	Straße	mobil	
	PLZ, Ort	dienstlich	
	E-Mail		
	2. Verwandtschaftsverhältnis:		
	Name, Vorname	privat	
	Straße	mobil	
	PLZ, Ort	dienstlich	
	E-Mail		

8. Betreuung/ Vollmacht	<input type="checkbox"/> ja (bitte Nachweis in Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> nein
9. Art der Betreuung/ Vollmacht	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögensvorsorge <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Sonstiges:	
10. Betreuer/ Bevollmächtigter	Name, Vorname	
	Straße, PLZ, Ort	
	Telefon	E-Mail
11. Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> liegt vor (Bitte Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> liegt nicht vor (Wir empfehlen die Niederschrift einer Patientenverfügung)
12. Derzeitiger Hausarzt	Name, Vorname	Telefon
	Straße, PLZ, Ort	
	Ärztlicher Fragebogen liegt bei?	
13. Covid-19 Impfung	<input type="checkbox"/> Ja (Bitte Nachweis beifügen)	<input type="checkbox"/> Nein
14. Kranken-/ Pflegekasse	Anzahl Impfungen:	
		Mitgliedsnummer
15. Einstufung Pflegegrad	Beihilfeberechtigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/> ja Pflegegrad: (bitte Kopie beifügen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt
16. Finanzierung/ Kostenträger	<input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt	
	<input type="checkbox"/> Eigenfinanzierung	<input type="checkbox"/> Unterstützung durch Kostenträger (Sozialamt)
17. Hinweise, Ergänzungen, Bemerkungen		
Ort, Datum		
Unterschrift der/des Anmeldenden oder Bevollmächtigten:		

