

vollstationäre Pflege:	
Kurzzeitpflege:	
Verhinderungspflege:	
Wohnbereich:	
Zimmer:	



**Altenpflegeeinrichtung
Haus Horeb**
Lichterfelder Allee 45, 14513 Teltow
Tel. / Fax: 03328 – 433 234/ - 433 260
E-Mail: alexander.pillau@diakonissenhaus.de

Anmeldung zur Aufnahme

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur Heimaufnahme einsenden)

1. Vor- und Zuname, Geburtsname						
2. Adresse:	Straße, PLZ, Ort				Telefon	
	Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
3. Derzeitige Anschrift:						
	Diakonisse im Konzernverbund EDBTL? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		Aus einer anderen Einrichtung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
4. Geburtsdaten/-ort	Datum	Ort				
5. Familienstand		6. Konfession:		7. Staatsangehörigkeit:		
8. Angehörige 1)	Name			Telefon		
	wie verwandt			Mail		
	Straße/PLZ/Ort					
	Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
	2)	Name			Telefon	
		wie verwandt			Mail	
Straße/PLZ/Ort						
Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
9. <input type="checkbox"/> Amtl. Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtig.	Name					
	Straße/PLZ/Ort					
	Mail			Telefon		
	Betreuerausweis: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
10. Hausarzt	Name			Telefon		
	Straße/PLZ/Ort					
	Weiterversorgung im APE durch behandelnden Arzt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
11. Sozialhilfeträger Welches Sozialamt ist zuständig?	Name			Telefon		
	Straße/PLZ/Ort					
12. Krankenkasse/ Pflegekasse/ PKV	Name			Telefon		
	Straße			Mitglieds Nr. -		
	PLZ/Ort			Beihilfeanspruch ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
	Selbstzahler Sozialhilfe		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
13. Laufende Leistungen:	Pflegegrad n. SGB XI:		Höherstufung beantragt am:		ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
14. Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer	<input type="checkbox"/>	Doppelzimmer	<input type="checkbox"/>	Termin zur Aufnahme:	
15. VVI ausgehändigt Datum:						
16. PA- Ausweis Nr.						

17. Einzugsermächtigung	Ja	Nein	
18. Zuzahlungsbefreiung	Ja	Nein	
19. Inkontinenz	Ja	Nein	
20. Sondennahrung	Ja	Nein	
Unterschrift des Antragstellers:		Unterschrift der Pflegedienstleitung/Einrichtungsleitung:	
Ort, Datum			

Um bei wesentlichen Entscheidungen in Ihrem Sinne handeln zu können, benötigen wir Informationen zu folgenden Dokumenten:

Ärztl. Gutachten (Verlegungsbericht KH) vorhanden? ja nein

Ärztl. Fragebogen (Hausarzt) vorhanden? ja nein

Vorsorgevollmacht / Betreuerausweis ? ja nein

befristet bis _____ unbefristet

beinhaltet folgende Befugnisse / Aufgabenkreise:

Aufenthaltsbestimmung Sorge für die Gesundheit Vertretung vor Behörden

Vermögen Post Freiheitsentziehende Maßnahmen

Sonstiges:

Besitzen Sie eine Patientenverfügung? ja nein

Verfügen Sie über einen Bestattungsvorsorgevertrag? ja nein

Bevorzugtes Bestattungsunternehmen:

Name: _____

Straße: _____ PLZ/ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Besitzen Sie eine Haftpflichtversicherung? ja nein

Sonstige Bemerkungen: