

ANMELDUNG ZUR HEIMAUFNAHME



Hermann-Söllner-Str. 15
96337 Ludwigsstadt

Einzug zum

Kurzzeit ☐ Verhind.Pflege ☐ Vollstationär ☐

Tel.: 09263/9906-31
Fax.: 09263/9906-33
E-Mail: info@ahludwigsstadt.brk.de

Name, Vorname: _____

Adresse:

Straße, HausNr.: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon: _____

derzeitiger Aufenthalt:

(z.B. bei Krankenhausaufenthalt / Pflegeheim)

Unterkunft: _____
Straße, HausNr.: _____
PLZ, Wohnort: _____
Telefon: _____

Zur Person:

Diese Angaben sind wichtig!!

Geb.- Name: _____
Geb.- Ort: _____ Geb.-Datum: _____
Familienstand: _____ seit wann: _____ (Urkunde etc. vorlegen)
Konfession: _____
Staatsangeh.: _____
Krankenkasse: _____ KV-Nr. _____ Karte gültig bis: _____
Rezeptbefreiung: _____ gültig bis _____
Schwerbehind.: _____ wenn, ja: Grad: _____ (bitte Ausweis vorlegen)
Merkzeichen: B:___ G:___ aG:___ RF:___ H:___ BL:___
Pflegegrad: _____ seit wann: _____ (bitte Bescheid vorlegen)
Geimpft JA ☐ Nein ☐ letzte Impfung am: _____
PCR-Test neg. JA ☐ Nein ☐ aktuelles Ergebnis vom: _____

Kostenübernahme:

Selbstzahler: ☐ _____
Pflegekasse: ☐ _____
Sozialamt: ☐ _____
Beihilfe ☐ _____ % bei _____

Zimmerwunsch: Einzelzimmer: ☐ Doppelzimmer: ☐

Bildrechte: ☐ **mit Bildveröffentlichungen bin ich einverstanden**

-bitte wenden-

KONTAKTADRESSEN

Angehörige: **Rechnungsempfänger** **JA** ☐ **Nein** ☐
Name, Vorname: _____ wie verwandt: _____
Straße, Hausnr.: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.: _____
Email: _____

Angehörige:
Name, Vorname: _____ wie verwandt: _____
Straße, Hausnr.: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.: _____

Angehörige:
Name, Vorname: _____ wie verwandt: _____
Straße, Hausnr.: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.: _____

Betreuer:
(nach Betreuungsrecht)
Name, Vorname: _____ wie verwandt: _____
Straße, HausNr.: _____
PLZ, Ort: _____
Tel.: _____
Email: _____
Wirkungskreis: _____

Hausarzt:
Name, Vorname: _____
Straße, HausNr.: _____
PLZ, Ort: _____
Telefon: _____

Ort, Datum

Unterschrift

In eigener Sache: Wie sind Sie auf unser Haus aufmerksam geworden?

☐ Zeitung ☐ Prospekt ☐ persönliche Empfehlung ☐ Internet
☐ Info-Kanal ☐ Sonstiges: _____

ÄRZTLICHER FRAGEBOGEN



Hermann-Söllner-Str. 15
96337 Ludwigsstadt

Tel.: 09263/9906-31
Fax.: 09263/9906-33
E-Mail: info@ahludwigsstadt.brk.de

Name, Vorname _____
Geburtsdatum _____

Benötigt der Patient/Patientin Hilfe

beim		nein	manchmal	häufig	dauernd
Gehen	_____	☐	☐	☐	☐
Treppensteigen	_____	☐	☐	☐	☐
Essen	_____	☐	☐	☐	☐
Waschen	_____	☐	☐	☐	☐
Ankleiden	_____	☐	☐	☐	☐
Frisieren	_____	☐	☐	☐	☐
Aufstehen	_____	☐	☐	☐	☐
Zu Bett gehen	_____	☐	☐	☐	☐
Benützen der Toilette	_____	☐	☐	☐	☐

Ist der Patient/die Patientin

zeitlich orientiert	_____	☐	☐	☐	☐
örtlich orientiert	_____	☐	☐	☐	☐
persönlich orientiert	_____	☐	☐	☐	☐
situativ orientiert	_____	☐	☐	☐	☐

Treten nachts Unruhezustände auf?

Ist der Patient/die Patientin bettlägerig?

Liegt Inkontinenz vor?

bitte wenden

Wie ist die Gemütsstimmung?

Besteht eine Suchtkrankheit?

Wenn ja, welche

Besteht eine körperliche Behinderung?

Wenn ja, welche

Liegen psychische Störungen vor?

Wenn ja, welche

Bestehen ansteckende Krankheiten?

Wenn, ja welche

Die durchgeführte Untersuchung mit Röntgenaufnahme des Thorax ergab keinen Anhalt für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der Atmungsorgane.

Datum der letzten Röntgenaufnahme der Lunge:

Diagnose

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Ist Diät/Schonkost erforderlich?

Wenn ja, welche

Sonstiges

Ort, Datum

Stempel u. Unterschrift d. Arztes