

**ANMELDUNG**  
**ZUR HEIMAUFNAHME**



Hermann-Söllner-Str. 15  
96337 Ludwigsstadt

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

**Einzug zum**

**Kurzzeit**  **von** \_\_\_\_\_ **bis** \_\_\_\_\_

**Vollstationär**  **von** \_\_\_\_\_ **bis** \_\_\_\_\_

**Tagespflege**  **von** \_\_\_\_\_ **bis** \_\_\_\_\_

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

**Adresse:**

Straße, HausNr.: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

**derzeitiger Aufenthalt:** \_\_\_\_\_

(z.B. bei Krankenhausaufenthalt)

**Zur Person: Diese Angaben sind wichtig!!**

Geb.- Name: \_\_\_\_\_

Geb.- Ort: \_\_\_\_\_ Geb.-Datum: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_ (ggf. Stammbuch. vorlegen)

Konfession: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ KV-Nr. \_\_\_\_\_

Rezeptbefreiung:  ja  nein  Karte gültig bis \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt( öffentl. Dienst/Beamte) \_\_\_\_\_

Pflegestufe: \_\_\_\_\_ seit wann: \_\_\_\_\_ (bitte Bescheid vorlegen)

Schwerbehindert: \_\_\_\_\_ wenn, ja: Grad: \_\_\_\_\_ (bitte Ausweis vorlegen)

Merkmale: B: \_\_\_ G: \_\_\_ aG: \_\_\_ RF: \_\_\_ H: \_\_\_ Bl: \_\_\_

**Kostenübernahme:**

Selbstzahler:  Pflegekasse:  Sozialamt  \_\_\_\_\_

Rechnungsadresse Nr. (siehe Rückseite) \_\_\_\_\_

**Zimmerwunsch:**

Einzelzimmer:  \_\_\_\_\_ Zimmer Nr. \_\_\_\_\_

Doppelzimmer:  \_\_\_\_\_ Zimmer Nr. \_\_\_\_\_

bitte wenden

# KONTAKTADRESSEN

## 1 Angehörige:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ wie verwandt: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

## 2 Angehörige:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ wie verwandt: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

## 3 Angehörige:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ wie verwandt: \_\_\_\_\_  
Straße, Hausnr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_

## 4 Betreuer:

(nach Betreuungsrecht)

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ wie verwandt: \_\_\_\_\_  
Straße, HausNr.: \_\_\_\_\_  
PLZ, Ort: \_\_\_\_\_  
Tel.: \_\_\_\_\_  
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 _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Frisieren _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu Bett gehen _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benützen der Toilette _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Ist der Patient/die Patientin

zeitlich orientiert _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich orientiert _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
persönlich orientiert _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
situativ orientiert _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Treten nachts Unruhezustände auf?  
\_\_\_\_\_

Ist der Patient/die Patientin bettlägrig?  
\_\_\_\_\_

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

**BEI DER AUFNAHME IN DAS  
BRK ALTEN- UND PFLEGEHEIM LUDWIGSSTADT  
BITTEN WIR FOLGENDE UNTERLAGEN MITZUBRINGEN**

**Für Ummeldung zur neuen Gemeinde**

Geburtsurkunde

Heiratsurkunde

ggf. Sterbeurkunde des Ehegatten

Personalausweis oder Reisepaß

Abmeldung vom vorherigen Wohnort

oder Familienstammbuch

**Für Krankenkasse**

Versichertenkarte

Rezeptgebührenbefreiung

**Für Rundfunkummeldungen**

Rundfunkteilnehmernummer

ggf. Rundfunkgebührenbefreiung

**Wenn Sozialhilfe beantragt wurde/wird:**

Evt. Kostenzusage des Sozialhilfeträgers

Letzte Rentenunterlagen

**Sonstiges**

Schwerbehindertenausweis

Urkunde über Pflegschaft/Betreuung

Mitteilung über Bestattungswunsch und Bestattungsinstitut