

DRK Senioren-, Pflege- und Betreuungszentrum Meiningen gGmbH

Am Hölzlein 7, 98617 Meiningen

Telefon: 03693/8820 Fax: 03693/882105

Anmelde- und Aufnahmeantrag

1. Persönlich Angaben

Familiennamen: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ geb. am: _____

Geburtsort: _____ Familienstand: _____

Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____

Schulabschluss: _____ zul. ausgeübter Beruf: _____

PA-Nr.: _____ gültig bis: _____

Name des Ehegatten: _____ geb. am: _____

Beruf: _____ Sterbetag: _____ Sterbeort: _____

Letzte Anschrift: Straße: _____ Telefon: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Zurzeit in welchem Krankenhaus oder anderen Heim: _____

Krankenkasse: _____ Mitgliedsnummer _____

Anschrift Krankenkasse: _____

Hausarzt / Anschrift, Tel./Fax: _____

Anzahl der Kinder: _____

Angehörige (1): _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Anschrift und Telefon: _____

Angehörige (2): _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Anschrift und Telefon: _____

Angehörige (3): _____

Verwandtschaftsverhältnis: _____

Anschrift und Telefon: _____

Betreuer Vorsorgevollmacht Generalvollmacht ist vorhanden (Kopie!)

Name, Anschrift und Telefon: _____

Aufgabenkreis: _____

2. Gewünschte Unterbringung

Einbettzimmer

Zweibettzimmer

Art der Pflege: Dauerpflege

Kurzzeitpflege

Verhinderungspflege

Terminwunsch: ab: _____ von/bis: _____

Anmeldung erfolgt durch: _____

Nachricht erbeten an: _____

3. Pflegegrad: Ja welcher: _____ seit: _____

Bescheid liegt bei: Ja wird bis Einzug nachgereicht

Pflegegrad beantragt durch: _____ am: _____

4. Heimentgeltzahlung durch: monatl. Einkünfte, Höhe: _____ Art: _____

(Rente/Pension, Zusatz-/Betriebs-/Witwenrente, Lebensversicherung, Miete u.a.)

Beihilfen Sozialhilfe Pflegekasse Krankenkasse

Antrag auf Kostenübernahme Sozialamt am: _____ durch: _____ gestellt

Antrag auf Kostenübernahme Pflegekasse am: _____ durch: _____ gestellt

für: Langzeitpflege Kurzzeitpflege Verhinderungspflege

Vorliegende Kostenübernahme: Ja wird bis Einzug nachgereicht

5. Schwerbehindertenausweis: Ja

Grad: ___ % Ausweis-Nr.: _____

gültig bis: _____ Merkzeichen: _____

Nein

6. Sonstiges:

dementielle Erkrankung: ja nein

Weglaftendenz: ja nein

vorhand. Hilfsmittel: Brille Kontaktlinsen Hörgerät
 Rollstuhl Rollmobil Gehhilfen
 Toilettenstuhl Antidekubitusmatratze

Zahnprothesen Prothese (Bein/Arm)

spez. Lagerungskissen

sonstige: _____

Rundfunk- / Fernsehgebührenbefreiung: Ja Nein

Medikamentenzuzahlungsbefreiung: Ja Nein gültig bis: _____

Allergien/Unverträglichkeiten: Ja Nein welche: _____

Haftpflichtversichert: Ja Nein

Fotodokumentation erlaubt: Ja Nein

Fotoaushänge erlaubt (z.B. v. Feiern) Ja Nein

Bekanntgabe Geburtsdatum (Gratulation) Ja Nein

Bestattungsunternehmen: _____ Telefon: _____

Vorhandenes Testament: Ja Nein Hinterlegungsort: _____

Ort / Datum

Antragsteller

Betreuer / Bevollmächtigter

Bedarfsmedikation: ja nein welche: _____

Diabetes mellitus ja nein
Insulintherapie: ja nein intensivierete Insulintherapie: ja nein

Insulinart	morgens	mittags	abends	nachts

Medikamenteneinnahme selbständig: ja nein
Insulininjektion selbständig: ja nein

Notwendigkeit der Einhaltung einer Diät: ja nein welche: _____

Hilfebedarf:

Hilfebedarf	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen				
Treppen steigen				
Essen				
Körperpflege				
Frisieren / Rasieren				
Ankleiden				
Aufstehen				
zu Bett gehen				
Lagerung				
Toilettenbenutzung				
Bettlägerigkeit				

Vorhandene Hilfsmittel: Brille Kontaktlinsen Hörgerät
 Rollstuhl Rollmobil Gehhilfen Zahnprothesen (OK / UK)
 Prothese (Bein / Arm)

Pflegebedürftigkeit: ja nein

Weitere Hinweise und Bemerkungen: _____

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der/des Patientin/en.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes