

Anmeldung zur Aufnahme

im Dr. Friedrich-Geroldt-Haus
Iringheimer Straße 51, 77694 Kehl
Tel.: 07851 9359-0 Fax: 07851-1678



Eingang der Anmeldung: _____ Aufnahmedatum: _____

1. **Familienname, Geburtsname:** _____

2. **Vorname(n)** Rufname bitte unterstreichen: _____

3. **Anschrift:** _____
PLZ Ort Straße

4. **derzeitiger Aufenthalt** (z.B. Krankenhaus, Reha-Klinik): _____

PLZ Ort Straße

5. **Geburtsdatum:** _____ **Geburtsort:** _____

6. **Familienstand:** _____ 7. **Konfession:** _____ 8. **Staatsangehörigkeit:** _____

9. **Geburtsurkunde und/oder Heiratsurkunde bitte in Kopie mitbringen (nur bei Vollzeit)**
(wir können die Kopie auch gerne bei uns machen)

10. **Angehörige:**

a) _____
wie verwandt Name Vorname Telefon

Handynummer E-Mail Adresse

PLZ Ort Straße

b) _____
wie verwandt Name Vorname Telefon

Handynummer E-Mail Adresse

PLZ Ort Straße

c) _____
wie verwandt Name Vorname Telefon

Handynummer E-Mail Adresse

PLZ Ort Straße

11. **Pflegegrad:** _____ wurde eine Erhöhung beantragt? _____
12. **Rezeptgebührenbefreiung:** Nein Ja wenn ja, bis wann: _____
13. **Krankenkasse:** _____ **Mitgliedsnummer:** _____
14. **Monatliches Einkommen nach heutigem Stand**

Art des Einkommens:	Zahlende Stelle:	Betrag in €:
1.	1.	1.
2.	2.	2.

Die Beantwortung von Nr. 14 und Nr. 15 entfällt, wenn die Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist.

15. **Kostenträger** (zutreffendes bitte ankreuzen) Die Heimkosten werden aufgebracht durch
- durch das oben aufgeführte monatliche Einkommen
- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bank) Stand heute: _____ €
- Zahlungen von (*) _____
- das zuständige Sozialamt in (*): _____

* Die Kostenverpflichtungserklärung liegt bei folgt in den nächsten Tagen
 muss noch beantragt werden ist beantragt am _____

16. **Sind Sie beihilfeberechtigt?** Nein Ja Höhe: _____

17. **Rechnungsanschrift:** _____

18. **Sind Sie schwerbehindert?** Nein Ja

19. **Gewünschte Unterbringung:** Einzelzimmer Doppelzimmer

20. **Ist eine Diät notwendig?** Nein Ja warum? _____

21. **Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht?**
- _____

22. **Wer stellt den Antrag zur Heimaufnahme?**
- _____

23. **Gerichtlich bestellter Betreuer?** Nein Ja Name: _____

24. **Vorsorgevollmacht?** Nein Ja Name: _____

25. **Patientenverfügung?** Nein Ja Name: _____

26. **Biografiebogen erhalten?** Nein Ja

27. Gibt es ansteckende Krankheiten wie z.B. MRSA, HIV, Tuberkulose, oder andere? Nein Ja
 Wenn Ja welche? _____
 Gibt es eine psychische Erkrankung? Nein Ja
 Gab es schon einmal einen Aufenthalt in einer Psychiatrie? Nein Ja
 Gibt es eine Depression? Nein Ja
 Gibt es einen Verdacht auf Suizidgefährdung? Nein Ja
 Gibt es eine aggressive Persönlichkeitsstörung? Nein Ja
 Gibt es eine Hinlauftendenz? Nein Ja
 Ist eine Suchtkrankheit bekannt? Nein Ja
 Corona geimpft: nicht vollständig:
 Corona genesen: wann? _____ Nein Ja

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

28. Hausarzt: _____

29. Hinweise, Bemerkungen: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers

wenn möglich auch

Unterschrift des Aufzunehmenden

Bitte überzeugen Sie sich vor der Abgabe der Anmeldung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind. Sollten Sie noch Fragen haben, sind wir Ihnen gerne behilflich und helfen Ihnen bei der Ausfüllung der Anmeldung.

Des Weiteren bitten wir Sie, uns schnellstmöglich den vom Arzt ausgefüllten Fragebogen abzugeben.

VIELEN DANK, Ihr Dr. Friedrich-Geroldt-Haus

Die Ansprechpartner aus unserem Haus finden Sie auf der Rückseite. ----->

Ansprechpartner in unserem Haus:

Herr Müller	07851 9359-13	Heimleiter
Frau Schmidt	07851 9359-14	Pflegedienstleitung
Frau Appel	07851 9359-12	Stellv. Verwaltungsltg., Aufnahme, Rechnungen etc.
Frau Miller	07851 9359-33	Buchhaltung
Frau Elble, Frau Malmgrön	07851 9359- 0	Zentrale
Frau Anselm	07851 9359-37	Stellv. PDL, Qualitätsmanagement,