



Prellerstr. 16  
01309 Dresden

Eingangsvermerk:
------------------

### Anmeldung zur Heimaufnahme

Zuname, Geburtsname	
Vorname(n) (Rufname bitte unterstreichen)	
Hauptwohnsitz	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefonnummer	
Derzeitiger Aufenthalt	
bei	
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Geburtsdaten	
geboren am	
in	Kreis Land
Familienstand	Konfession
Angehörige	Angehörige
Name, Vorname	Name, Vorname
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Tel.-Nr. privat	Tel.-Nr. privat
Tel.-Nr. dienstl.	Tel.-Nr. dienstl.
Verwandtschaftsverhältnis	Verwandtschaftsverhältnis
E-Mail:	E-Mail:

<b>Angehörige</b>		<b>Angehörige</b>	
Name, Vorname		Name, Vorname	
Straße, Hausnummer		Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort		PLZ, Ort	
Tel.-Nr. privat		Tel.-Nr. privat	
Tel.-Nr. dienstl.		Tel.-Nr. dienstl.	
Verwandtschaftsverhältnis		Verwandtschaftsverhältnis	
<b>Betreuer od. Bevollmächtigter</b>			
Institution		Name, Vorname	
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Tel.-Nr. dienstl.		Tel.-Nr. mobil	
E-Mail:			
<b>Krankenkasse (oder sonstige Träger)</b>			
Vers.-Nr. (od. Aktenzeichen d. Behandlungsträgers)			
<b>Einkommen (Zutreffendes bitte ankreuzen)</b>			
<input type="checkbox"/> Rente .....		<input type="checkbox"/> Sonstiges .....	
<input type="checkbox"/> Zuzahlung der Pflegekasse entsprechend des Pflegegrades .....			
<input type="checkbox"/> Wohngeld / Sozialhilfe			
<b>Gewünschte Unterbringung (Zutreffendes bitte ankreuzen)</b>			
<input type="checkbox"/> Doppelzimmer		<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	
<b>Termin (Für wann wird die Aufnahme gewünscht?)</b>			
<b>Hausarzt (Findet eine Weiterbehandlung in der Einrichtung statt?)</b>			
<b>Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht?</b>			
ärztl. Fragebogen: <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht			
<b>Wer stellt jetzt den Antrag für den Aufzunehmenden?</b>			
Name, Vorname			
Straße, Hausnummer		PLZ, Ort	
Tel.-Nr.		in der Eigenschaft als	

Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

Hiermit bestätige ich, dass ich die allgemeinen vorvertraglichen Informationen, die konkreten vorvertraglichen Informationen gemäß §3 Abs. 2 WBVG über die Einrichtung erhalten habe und diese mir erläutert wurden. Ich versichere, dass alle Angaben den Tatsachen entsprechen. Gleichzeitig bestätige ich, dass ich mit der Verarbeitung und Speicherung der personenbezogenen Daten laut der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) einverstanden bin. Die Daten werden maximal 12 Monate gespeichert und dann nach den jeweils geltenden Datenschutzregularien vernichtet.

----- , den -----

-----

Unterschrift des Aufzunehmenden  
od. dessen Bevollmächtigten

Vermerke der Einrichtung



Prellerstr. 16  
01309 Dresden

Eingangsvermerk:

## Ärztlicher Fragebogen zur Heimaufnahme

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Mobilität (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
gehfähig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
stehfähig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
bettlägerig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Kontrakturen <input type="checkbox"/> Hemiplegie <input type="checkbox"/> Paresen <input type="checkbox"/> Frakturen
	<input type="checkbox"/> Amputation    Wenn ja, wo? _____
Hilfsmittel (z.B. Rollator): _____	
Ernährung (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
Essen	<input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> Sondenernährung
Besondere Kostform (z.B. Allergiker, Lactoseintoleranz, Vegetarier, religiöse Diäten, etc.):	
_____	
Körperpflege (Zutreffendes bitte ankreuzen)	
An-/auskleiden	<input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> nicht möglich
Waschen	<input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> nicht möglich
Sonstiges (z.B. Hauterkrankungen, Wunden, etc.) _____	

<b>Orientierung (Zutreffendes bitte ankreuzen)</b>  örtlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein zeitlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein persönlich <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein situativ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<b>Kommunikation (Zutreffendes bitte ankreuzen)</b>  Hörvermögen <input type="checkbox"/> gestört <input type="checkbox"/> i.O. Sehvermögen <input type="checkbox"/> gestört <input type="checkbox"/> i.O. Sprachvermögen <input type="checkbox"/> gestört <input type="checkbox"/> i.O. Hilfsmittel: _____
<b>Schlaf-und Ruhestörung (Zutreffendes bitte ankreuzen)</b>  Nachts unruhig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Schlafstörungen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Liegt eine Inkontinenz vor? (Zutreffendes bitte ankreuzen)</b>  <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> nein	
<b>Psychische Situation (z. B. abwehrendes Verhalten, Depressionen, etc.)</b>  	
<b>Liegt eine Suchterkrankung vor?</b>  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    wenn ja, welche: _____	
<b>Diagnosen</b>  	
<b>Liegt eine ansteckende Krankheit vor? (z.B. Tuberkulose, MRSA, etc.)</b>  <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein    wenn ja, welche: _____	
<b>Hinweise und Bemerkungen des Arztes:</b>  	
<b>Datum</b>	<b>Stempel/Unterschrift des Arztes</b>