

Eingegangen am:

Unverbindlicher Anmeldebogen

Persönliche Daten

- Name, Vorname:

- Geburtsdatum / Geburtsort:

- Fam. stand / Konfession:

- Wohnort:

- Telefon / E-Mail:

Derzeitige Lebenssituation

☐ lebe alleine

☐ bei Angehörigen

☐ Im Wohneigentum

☐ zur Miete (Kündigungsfrist? _____)

☐ Versorgung durch ambulanten Pflegedienst _____ x am Tag

☐ andere Pflegeeinrichtung/ Adresse

Angehörige / Vertrauensperson Name, Tel.Nr. und E-Mail

Bevollmächtigte Person (sofern vorhanden) Name, Anschrift, Telefon, E-Mail:

Dokumentenname: Anmeldebogen	Erstellt von: Lydia Diart	Stand vom: 04.09.2024
Version Nr. 008	Freigegeben von/am	Überprüft am:

Zlata Raics
Einrichtungsleitung
Milchberg 21a, 82335 Berg
Telefon 08151 261-161
Telefax 08151 261-210
zlata.raics@ms-klinik.de

Eingegangen am:

Gerichtliche Betreuung (sofern vorhanden) Name, Anschrift, E-Mail, Aufgabenkreis
(wenn möglich Kopie der Urkunde):

Hausarzt (Bitte Name und Telefon)

Pflegegrad _____ seit wann _____

Krankenkasse/Pflegekasse Name, Anschrift, Telefon, Versichertennummer

Zuzahlungsbefreiung ☐ Ja ☐ Nein

☐ Vorsorgevollmacht vorhanden

☐ Patientenverfügung vorhanden

Finanzierung des Heimaufenthaltes (z.B. Eigenmittel oder Sozialhilfe gemäß §68
BSHG, bitte Bescheid beifügen)

Nur bei einer gesicherten Finanzierung kann eine Aufnahme erfolgen, ggf. werden
Nachweise eingefordert.

Dokumentenname: Anmeldebogen	Erstellt von: Lydia Diart	Stand vom: 04.09.2024
Version Nr. 008	Freigegeben von/am	Überprüft am:

Eingegangen am:

Pflegerische Informationen

Toilettengang ☐ Selbstständig ☐ mit Hilfe

Inkontinenzmaterial ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja, welche Firma

Sonstige Hilfsmittel/ Trainingsgeräte (Aktivrollst., E-Rollst., Rollator, Motomed,...)

Ist Hilfe erforderlich

Beim Aufstehen ☐ Ja ☐ Nein

Bei der Körperpflege ☐ Ja ☐ Nein

Beim An- und Ausziehen ☐ Ja ☐ Nein

Beim Essen ☐ Ja ☐ Nein

Welche Therapien nehmen Sie derzeit in Anspruch?

☐ Ergotherapie ☐ Physiotherapie ☐ Logopädie

Rauchen Sie? ☐ Ja ☐ Nein

Wie groß sind Sie? _____ Wie viel wiegen Sie? _____

Wann stehen Sie in der Regel morgens auf? _____

Wann gehen Sie in der Regel abends ins Bett? _____

Halten Sie Mittagsruhe im Bett oder Sessel? Wenn Ja, in welcher Zeit?

Dokumentenname: Anmeldebogen	Erstellt von: Lydia Diart	Stand vom: 04.09.2024
Version Nr. 008	Freigegeben von/am	Überprüft am:

Zlata Raics
Einrichtungsleitung
Milchberg 21a, 82335 Berg
Telefon 08151 261-161
Telefax 08151 261-210
zlata.raics@ms-klinik.de

Eingegangen am:

Gesundheitliche Einschränkungen

Hörvermögen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sehvermögen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sprachvermögen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Kognitive Veränderungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Sonstige Angaben

Haben Sie Wünsche? / Was ist Ihnen wichtig?

Welche Informationen wären für uns noch interessant?

Dokumentenname: Anmeldebogen	Erstellt von: Lydia Diart	Stand vom: 04.09.2024
Version Nr. 008	Freigegeben von/am	Überprüft am: