

Datum: \_\_\_\_\_

**Anmeldung zur Kurzzeitpflege im**

- Bezirksaltenheim Aigen/Schlägl, Hauptstraße 19, 4160 Aigen i. M. (07281/20005)
- Bezirksaltenheim Haslach a. d. M., Hochgärten 4, 4170 Haslach a. d. M. (07289/72306)
- Bezirksaltenheim Kleinzell i. M., Weigelsdorf 14, 4115 Kleinzell i. M. (07282/5701)
- Bezirksaltenheim Lembach i. M., Lederergasse 14, 4132 Lembach i. M. (07286/7393)
- Bezirksaltenheim Ulrichsberg, Steinwände 6, 4161 Ulrichsberg (07288/27038)

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

**Angaben über die aufzunehmende Person:**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Rel. Bekenntnis: \_\_\_\_\_

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

Krankenversicherung: \_\_\_\_\_ Nr.: \_\_\_\_\_ Rezeptgebührenbefreit:  JA  NEIN

Pensionsversicherung: \_\_\_\_\_

Pflegegeldstufe: \_\_\_\_\_ Ist derzeit ein Pflegegeldansuchen offen?  JA  NEIN

*Bitte einen Nachweis über die Pflegegeldstufe mitbringen!*

**Angaben über die derzeitige Betreuungsperson:**

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

Wohnanschrift: \_\_\_\_\_

**Erreichbarkeit während der Abwesenheit:** Telefon: \_\_\_\_\_

Bei einem vorübergehenden Heimaufenthalt sind der Standardsatz (Euro: \_\_\_\_\_/ Tag) und der entsprechende Pflegezuschlag aus eigenen Mittel zu entrichten. Bei Nichteinstufung wird mindestens ein Pflegezuschlag der Stufe 3 verrechnet.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

**Informationen zum Gesundheitszustand:**

	JA	NEIN		JA	NEIN
Gehfähig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bettlägrig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inkontinent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Insulinpflichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schonkost _____					

Medikamente:	MORGEN	MITTAG	ABEND	NACHT

*Bitte bringen Sie die vorhandenen Medikamente bei der Aufnahme mit!*

Hausarzt: \_\_\_\_\_

**Bestätigung vom Arzt**

- Der Aufnahmewerber kann die Anmeldung nicht selbst unterschreiben, ist aber mit einer Aufnahme einverstanden. Begründung der Verhinderung:
  
- Derzeit werden Hilfsmittel zum Schutz vor Verletzungen eingesetzt, welche die persönliche Freiheit einschränken könnten (Seitenschutz beim Bett,..). Damit diese Hilfsmittel auch im Heim verwendet werden dürfen, muss ge. HeimAufG vom Arzt die dafür zugrundeliegende **Diagnose** und **Gefährdung** bestätigt werden:

Ort/Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift/Stampiglie: \_\_\_\_\_