

Clara-Stift Seppenrade	Qualitätsmanagementhandbuch FO-KP 1.4.1.1 Formular Anmeldung zur Heimaufnahme Vollzeit_Kurzzeitpflege ausfüllbar	Verbund der Heilig-Geist-Stiftung
---------------------------	---	--------------------------------------

<input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	vom:	<i>Einrichtung</i>
	bis:	

anmeldende Person

<i>Name, Vorname</i>	<i>Adresse</i>
<i>Telefon</i>	

aktueller Aufenthalt

- Zu Hause
 Krankenhaus
 Reha-Einrichtung
 Pflegeheim
 Sonstige: _____

Stammdaten der aufzunehmenden Person

<i>Name, Vorname</i>	<i>bisherige Adresse</i>			
<i>Staatsangehörigkeit</i>				
<i>Geburtsdatum</i>	<i>Geburtsort</i>			
<i>Beruf</i>	Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d			
<i>Konfession</i>	Familienstand: <input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch.			

An-/Zugehörige

<i>Name (Hauptbezug)</i>	<i>wie verwandt?</i>
<i>Straße, Hausnummer</i>	<i>PLZ/Ort</i>
<i>Telefon privat</i>	<i>Telefon dienstlich</i>
<i>Telefon mobil</i>	<i>E-Mail</i>

<i>Name</i>	<i>wie verwandt?</i>
<i>Straße, Hausnummer</i>	<i>PLZ/Ort</i>
<i>Telefon privat</i>	<i>Telefon dienstlich</i>
<i>Telefon mobil</i>	<i>E-Mail</i>

Rechnungsempfänger*in

<i>Name, Vorname</i>	<input type="checkbox"/> Betreuer*in vom Amtsgericht bestellt	<input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r (Vollmacht)
<i>Name (Hauptbezug)</i>	Wirkungskreis/Aufgabenbereich: <input type="checkbox"/> Alle Angelegenheiten <input type="checkbox"/> Rente <input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Wohnung <input type="checkbox"/> Vermögen	
<i>Straße, Hausnummer</i>		
<i>PLZ, Ort</i>		
<i>E-Mail</i>		
<i>Telefon mobil</i>		

Erstellt durch/am	Freigegeben durch	Freigegeben am	Rev. soll erfolgen am	Seite
René Fischer/31.01.2024	Geschäftsführung	06.02.2024	06.02.2026	1 von 2

	Qualitätsmanagementhandbuch Prozess, Titel	Verbund der Heilig-Geist-Stiftung
--	--	--------------------------------------

Medizinische Versorgung

Name Hausarzt	Name Fachrichtung Facharzt
Straße, Hausnummer	Straße, Hausnummer
PLZ, Ort	PLZ, Ort
Telefon	Telefon

Kranken-/Pflegekasse	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Versicherungsnummer:	<input type="checkbox"/> vorläufig		<input type="checkbox"/> kein Pflegegrad		
Straße, Hausnummer	Erst-Antrag gestellt am:				
PLZ, Ort	Höherstufung beantragt am:				

Kostenträger

Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen oder beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig:	

Medizinisch-pflegerische Besonderheiten

	Wenn ja, welche	
Infektionskrankheiten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
psychische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Zugänge, Port, Stoma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
erhöhter Bewegungsdrang	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Demenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Sonstiges/Hinweise/Ergänzungen

Ort, Datum

Unterschrift aufzunehmende Person bzw. Stellvertretung

Erstellt durch/am	Freigegeben durch	Freigegeben am	Rev. soll erfolgen am	Seite
René Fischer/31.01.2024	Geschäftsführung	06.02.2024	06.02.2026	2 von 2