

Aufnahmedatum:**Zimmer-Nr.:****Bereich:****Aufnahmeformular**

Datum: _____

Name, Vorname: _____ Geb. Name: _____

Anschrift: _____ Tel.: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Sozialer Dienst des zust. KH: _____ Tel: _____

Geb.-Datum: _____ Geb. Ort: _____ Kinder: _____

Familienstand: _____ seit wann?: _____ Konfession: _____

 Betreuung **Vollmacht****Patientenverfügung: ja nein** Angehörige/r: _____ Betreuer/in: _____ Bevollmächtigte/r: _____

Name, Vorname: _____ wie verwandt: _____

Anschrift: _____

Tel.priv.: _____ Tel. dienstl.: _____ Handy: _____

 Angehörige/r: _____ Betreuer/in: _____ Bevollmächtigte/r: _____

Name, Vorname: _____ wie verwandt: _____

Anschrift: _____

Tel.priv.: _____ Tel. dienstl.: _____ Handy: _____

Hausarzt: _____ Facharzt: _____

Anschrift: _____ Anschrift.: _____

Tel.: _____ Tel.: _____

 Mühlen-Apotheke **Rats - Apotheke**

Kranken-/Pflegekasse: _____ Ansprechpartner: _____

Anschrift: _____

Tel.: _____ **Pflegegrad:** _____ Befreiung von Rezeptgebühren/Transportkosten bis: _____ Schwerbehinderung: Art der Behinderung: _____Zimmerwunsch: Einzelzimmer Doppelzimmer
 mit Balkon/Terrasse mit Telefon (Durchwahl:)**Postzustellung** Bewohner selbst im Heim sammeln:
 nachschicken Büro Pflege Zimmer

Anamnesedaten des Bewerbers:**Gesundheitsdaten/Diagnosen:****Anmerkungen der Angehörigen/Betreuer:**

Allergien/Unverträglichkeiten:

Inkontinenz: ja nein Katheder: ja nein Diabetes: ja nein

Nahrungsaufnahme:

Mobilität:

Hilfsmittel: Rollstuhl Rollator Stock/Krücken Brille Hörgerät GebissOrientiertheit: *räumlich:* ja nein *zeitlich:* ja nein
persönlich: ja nein *situativ:* ja nein**Soziales Verhalten/Aktivitäten:**Kommunikation möglich?: ja nein eingeschränkt

Interessen/ Hobbies:

Beruf:

Gewohnheiten:

Phobien/Ängste/Abneigungen:

Vermögensdaten des Bewerbers: SZ Sozialhilfe Wohngeld**Wie sind Sie auf uns/unsere Einrichtung aufmerksam geworden?****Die Datenschutzhinweise habe ich zur Kenntnis genommen:**

Datum, Unterschrift

Anmeldung BewohnerIn

Vw-025-02/99-03