



Anmeldeformular Heimaufnahme

AWO - Seniorenzentrum

„Haus am Wedenberg“

Am Hohlweg 2
18236 Kröpelin
Tel. 038292-854-10
Fax 038292-854-14

verwaltung.sz@awo-doberan.care
www.awo-seniorenzentrum-kroepelin.de

Bearbeitungsvermerke Verwaltung:

Debitor-Nr.

Zimmer-Nr.

Beratung;

Aufnahme geprüft durch HL:

Aufnahme: ja

nein

Bitte ab hier ausfüllen:

- | | |
|------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> vollstationäre Pflege | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege / Urlaubs- & Verhinderungspflege |
| <input type="checkbox"/> Neubau MB „Hus Möhlenblick“ | <input type="checkbox"/> Altbau GB „Hus Gordenblick“ |
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer (nur „Hus Gordenblick“) |
| <input type="checkbox"/> vorsorglich | <input type="checkbox"/> Dringend <input type="checkbox"/> gewünschter Termin |

Angaben zur Person

Vor- und Zuname:	
Geburtsname:	Staatsangehörigkeit:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße; Hausnummer:	
PLZ; Ort:	
Telefon:	oder:
Konfession:	erlernter/ausgeübter Beruf:
Familienstand:	
Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend):	

Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> beantragt am/ seit
Zuzahlungsbefreiung:	<input type="checkbox"/> ja, bis 31.12.20.....	<input type="checkbox"/> nein				
vorhandene Dokumente:	<input type="checkbox"/> (Vorsorge-)Vollmacht	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung				
	<input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung	<input type="checkbox"/> sonstige:				
	<input type="checkbox"/> aktueller Rentenbescheid (dringend erforderlich)					

Angehörige

Vor- und Zuname:	Verwandtschaftsgrad:
Straße; Hausnummer:	
PLZ; Ort:	
Telefon:	Telefon mobil:
Email:	Vollmacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vor- und Zuname:	Verwandtschaftsgrad:
Straße; Hausnummer:	
PLZ; Ort:	
Telefon:	Telefon mobil:
Email:	Vollmacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vor- und Zuname:	Verwandtschaftsgrad:
Straße; Hausnummer:	
PLZ; Ort:	
Telefon:	Telefon mobil:
Email:	Vollmacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erstellt: 23.04.2023	Geprüft: 23.04.2023	Freigegeben: 23.04.2023	Version: 01
Bielau, Franziska	Giese, Sandra	Giese, Sandra	

Weitere Angaben:

Hausarzt	
Name:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	Fax:

Krankenkasse / Pflegekasse	
Name:	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
Mitgliedsnummer:	

Betreuer (nach Betreuungsrecht):	
Anschrift:	
Telefonnummer:	
Wirkungskreis:	

Kostenträger

Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe/ Beihilfe bezogen oder beantragt?

- ja, Sozialamt/ Beihilfe
- nein, Selbstzahler (Preisliste Stand vom bekannt)

- Wird Blindengeld bezogen? ja nein
- Liegt ein Grad der Behinderung vor? ja; _____ GdB nein
- Merkzeichen: G aG H Bl B RF sonstige:

Gründe für die Heimaufnahme:

- nach Krankenhausaufenthalt erhöhter Pflegeaufwand:
- Änderung der persönlichen Verhältnisse: sonstige:

Hinweise & Ergänzungen:

Beratungsbedarf habe/n ich/ wir zu folgenden Themen:

- Spezialisierte Unterbringung wegen dementieller Erkrankung
- sonstige:

Bitte beachten Sie unsere 3-Jahres-Ablauffrist für Anmeldungen!
Diese kann bei Bedarf verlängert werden.

Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie, gemäß der Datenschutzgrundverordnung, einer Speicherung der personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme zu.

.....
Ort; Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
wenn nicht Personengleich,
Unterschrift des Aufzunehmenden

Erstellt: 23.04.2023	Geprüft: 23.04.2023	Freigegeben: 23.04.2023	Version: 01
Bielau, Franziska	Giese, Sandra	Giese, Sandra	