

	Sozialdiensthandbuch Formulare	Geltungsbereich: ITSZ Sozialdienst
D.1 F1 Anmeldung zur Heimaufnahme		

Termin Erstgespräch: _____ geführt von (Name MA): _____					
<input type="checkbox"/> Vollstationär		<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege		bei Kurzzeitpflege von _____ bis _____	
Priorität: <input type="checkbox"/> vorsorglich (grün) <input type="checkbox"/> zeitnah (gelb) <input type="checkbox"/> dringend (rot)					
Walheim <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ		Roetgen <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ		Simmerath <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ	
Stolberg Mitte <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ		Stolberg Breinig <input type="checkbox"/> EZ		Weisweiler <input type="checkbox"/> EZ	
Einzugstermin:		Uhrzeit:		Zimmer:	
Name:		Vorname:		Geburtsname:	
Straße:					
PLZ:		Ort:		Telefon:	
<input type="checkbox"/> Zu Hause <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Reha <input type="checkbox"/> andere Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> Sonstiges Wo: _____					
Ansprechpartner:			Telefon:		
Geb.-datum (Bew.):			Geb.-ort:		
Familienstand:			Konfession:		Staatsangehörigkeit:
Wenn verheiratet; mit wem? (Name):					
Krankenkasse :			KV-Nr.:		
<input type="checkbox"/> priv. <input type="checkbox"/> gesetzl.		Beihilfe: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Unklar		Rezeptgebührenbefreiung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> ohne <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> eingeschränkte Alltagskompetenz					
Antrag auf LZP/ KZP/ VP stellt:			Heimnotwendigkeit erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Information zu Kosten und Finanzierung gegeben <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein An wen?					
Pflegewohngeldantrag stellen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (<input type="checkbox"/> als KZP <input type="checkbox"/> als LZP)					
Antrag auf Hilfe zur Pflege stellen? (Einzugsmitteilung ans Sozialamt!!!) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					
Wäschesäcke bestellen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			Telefon/Internetflat gewünscht (Breinig) <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Angehörige: (falls es keine Angehörige gibt, Angabe einer Vertrauensperson)					
1) Name:			2) Name:		
Straße:			Straße:		
PLZ:		Ort:		PLZ:	
Ort:		PLZ:		Ort:	
Telefon:			Telefon:		
e-mail:			e-mail:		
Verwandtschaftsgrad:			Verwandtschaftsgrad:		
<input type="checkbox"/> Betreuung <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Kontovollmacht					
Name: _____ oder <input type="checkbox"/> Angehöriger 1 / <input type="checkbox"/> Angehöriger 2					
Straße:			PLZ:		Ort:
Telefon:			e-mail:		
<input type="checkbox"/> Aufenthalt		<input type="checkbox"/> Gesundheit		<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	
				<input type="checkbox"/> Umfassend	
<input type="checkbox"/> Urkunde/n in Kopie eingereicht:			<input type="checkbox"/> wird/werden nachgereicht:		

Bearbeiter	geprüft	Änderungsstand	Datum	Freigabe	Seite
Cz	Kai	6	06.02.2020	Kai	1 / 2

	Sozialdiensthandbuch Formulare	Geltungsbereich: ITSZ Sozialdienst
D.1 F1 Anmeldung zur Heimaufnahme		

Rechnungsempfänger: <input type="checkbox"/> BewohnerIn <input type="checkbox"/> Angehörige unter 1) <input type="checkbox"/> Angehörige unter 2) <input type="checkbox"/> BetreuerIn		
Andere RechnungsempfängerIn:		
Straße:	PLZ:	Ort:
Finanzierung: Monatliches Einkommen: <input type="checkbox"/> Rente(n) <input type="checkbox"/> Zusatzrente <input type="checkbox"/> private Vorsorge <input type="checkbox"/> sonstige Einkünfte <small>(z.B. aus Vermietung/ Verpachtung)</small>		
<input type="checkbox"/> aktuelle Rentenbescheide in Kopie eingereicht <input type="checkbox"/> werden nachgereicht		
Der einrichtungseinheitliche Eigenanteil (EEE) wird aufgebracht durch: <input type="checkbox"/> Das eigenes Einkommen <input type="checkbox"/> Monatliche Zuzahlungen z.B. aus Sparguthaben <input type="checkbox"/> Unterstützung durch Angehörige Name und Anschrift der betreffenden Angehörigen:		
<input type="checkbox"/> Der Eigenanteil kann aus Eigenmitteln nicht oder nicht komplett getragen werden ⇒ In dem Fall Antrag auf PWG/ Hilfe zur Pflege stellen siehe Seite 1 WICHTIG: vereinbaren Sie bei Anspruch auf Hilfe zur Pflege zeitnah einen Termin mit dem zuständigen Sozialamt!		
Ärztlich/ pflegerische Angaben: HausärztIn Name:		
Straße:		
PLZ:	Ort:	Telefon:
Weitere mitbehandelnde Fach-Ärzte:		
Ärztl. Überleitung vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein; von wem _____ (Dr.; KH)		
Pflegerische Überleitung vorhanden: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, von wem _____ (Dr.; KH)		
Medizinprodukte: <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator und Zubehör <input type="checkbox"/> andere:		
Vorhandene Hilfsmittel: <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Sitzkissen <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Zahnprothesen <input type="checkbox"/> andere Prothesen <input type="checkbox"/> orthopädische Schuhe <input type="checkbox"/> andere:		
Ansteckende Krankheiten: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:		
Pflegerisch relevante Informationen: Inkontinenz: <input type="checkbox"/> Harn <input type="checkbox"/> Stuhl Arteriosklerose: <input type="checkbox"/> Herzinfarkt <input type="checkbox"/> Schlaganfall <input type="checkbox"/> andere Allergien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche: Diät notwendig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein welche: PEG Sonde <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Diabetes: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> insulinpflichtig Demenz: <input type="checkbox"/> Symptome -> <input type="checkbox"/> Hinlauftendenz <input type="checkbox"/> Unruhe <input type="checkbox"/> Aggression <input type="checkbox"/> Schlafstörungen Desorientierung: <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> situativ <input type="checkbox"/> personell Risiken: <input type="checkbox"/> Sturzgefahr <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Ernährung <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Sucht <input type="checkbox"/> Raucher Tracheostoma: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Dauerbeatmung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		

 Ort, Datum

 Name und Unterschrift Interessent/ Vertreter

Bearbeiter	geprüft	Änderungsstand	Datum	Freigabe	Seite
Cz	Kai	6	06.02.2020	Kai	2 / 2