


Stiftung St. Zeno Altenheim St. Elisabeth Schliersee-Neuhaus  <b>Pflege</b>	<b>Prozessstandard</b> <b>Einzug neuer Heimbewohner</b> <b>Heimaufnahmeantrag</b> <b>PS 10 d</b>	
--	---	--

**Vormerkung für**  vollstationäre Pflege  Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Die Anmeldung ist:  vorsorglich  dringend

**AntragstellerIn:**

Name und Vornamen: \_\_\_\_\_ Mädchenname: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Wohnort (PLZ): \_\_\_\_\_

Straße/Hausnummer: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_ Religion: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

**Persönliche Situation der/s Antragstellerin/s:**

Name und Anschrift der/des Hausärztin/arztes: \_\_\_\_\_ 

Kranken/Pflegekasse: \_\_\_\_\_ KV-Nr.: \_\_\_\_\_

Durch die Pflegekasse bestätigte Pflegebedürftigkeit:  1  2  3  4  5

**Angehörige(r) / Bezugsperson**

Name/Adresse: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

Bezugsverhältnis: \_\_\_\_\_ 

Vollmacht vom \_\_\_\_\_  Betreuung Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

Heimkostenfinanzierung:  Selbstzahler/in  Sozialhilfeträger

Bestattungsvorsorge:  ja  nein Bestattungsunternehmen: \_\_\_\_\_

**Gesundheitliche Situation der/des Antragstellerin/s:**

**Benötigte Hilfsmittel:**  Rollator  Rollstuhl  Anti-Dekubitusmatratze


**Inkontinenzversorgung:**  ja  nein

Besteht eine **Patientenverfügung:**  ja  nein

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie Ihre Zustimmung, dass wir uns bei Bedarf mit den für eine Heimaufnahme relevanten Stellen (z. B. Sozialdienst Krankenhaus, Hausarzt...) in Verbindung setzen können. So haben Sie keinen weiteren Aufwand und wir können die geplante Heimaufnahme zügiger bearbeiten.

Datum:.....

Unterschrift:.....

**Kontakt:**  
 08026 / 97 57-0 Fax 08026 / 97 57 25  
 Bayrischzeller Str. 3 / 83727 Schliersee  
 [info@st-zeno-schliersee.de](mailto:info@st-zeno-schliersee.de)

Erstellt am: 2009-15-15	Geprüft am:	Freigegeben am: 2009-05-30
Erstellt von: M. Graß	Geprüft von:	Freigegeben von: M. Graß