

Arbeiterwohlfahrt Unterbezirk Dortmund Klosterstraße 8-10 44135 Dortmund		QM H - Dokument Stationäre Altenpflege Bereich: Soz. Dienst	Seniorenwohnstätte Eving 44339 Dortmund
Dokumentnr.			FB-SozD III-2.2.1/01

Anmeldung zur Aufnahme in die AWO-Seniorenwohnstätte Eving

Anmeldedatum _____ gewünschtes Einzugsdatum _____

Kurzzeitpflege Verhinderungspflege im Anschluss Vollstationär sofort Vollstationär

Kontaktdaten:

Name:	Vorname:	geb.:
Anschrift:		
Tel.:	Staatsangehörigkeit:	
Familienstand:	Konfession:	
derzeitiger Aufenthalt:		
voraussichtliche Entlassung am:		

Bezugspersonen - Ansprechpartner bei Heimaufnahme: (bitte auch weitere Ansprechpartner benennen)

Name, Vorname:	Anschrift:	
1.	1.	
2.	2.	
Tel./Handy:	E-Mail:	Verwandtschaftsverhältnis:
1.	1.	_____
2.	2.	_____
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein / gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (bitte in Kopie mit der Anmeldung abgeben!)		

Hausarzt: (Ärztliches Zeugnis und medizinische Einschätzung, oder Pflegeüberleitung aus dem Krankenhaus vor Einzug abgeben!)

Name, Anschrift:	
Telefon/ Fax/ E-Mail:	Bei Einzug zuständig: <input checked="" type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Pflegegrad (Pflegebescheid in Kopie abgeben): bewilligt seit:

Kranken/ Pflegekasse: _____	KV- Nr.: _____
Befreiung Zuzahlung: ja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> nein (Bitte immer in der Verwaltung abgeben)	
derzeitige Pflegeleistung: <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Sachleistung <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung	
ambulanter Pflegedienst: _____	
Schwerbehindertenausweis: Merkzeichen _____ Prozente: _____	
Anträge Sozialamt ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pflegewohngeld ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Selbstzahler, keine Anträge nötig ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

Ich bestätige mit meiner Unterschrift die Vollständigkeit und Richtigkeit der oben gemachten Angaben.

Wir beraten Sie gerne vor Ort. Termine unter der Telefonnummer: 0231- 985120-15. Denken Sie an die angeheftete Biographie und an die Datenschutzverordnung. Bitte geben Sie alle Unterlagen in der Verwaltung ab!

Unterschrift Anmeldender

Version	Freigabe	Datum	Archivierung	Seite
7.0	GF	26.05.2020	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1 von 1