


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

## Anmeldung zur Aufnahme in die AWO-Seniorenwohnstätte Eving

Anmeldedatum \_\_\_\_\_ gewünschtes Einzugsdatum \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> Verhinderungspflege <input type="checkbox"/> im Anschluss vollstationär gewünscht <input type="checkbox"/> sofort vollstationär
---

### Kontaktdaten:

Name:	Vorname:	geb.:
Anschrift:		
Tel.:	Staatsangehörigkeit:	Geburtsname:
Familienstand:	Konfession:	Geburtsort:
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.	_____
Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein / gesetzliche Betreuung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Vollmacht/Betreuungsverfügung bitte in Kopie mit der Anmeldung abgeben!) Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein (Patientenverfügung bitte in Kopie mit der Anmeldung abgeben!)		

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

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

### Pflegegrad (Pflegebescheid in Kopie abgeben): bewilligt seit:

Kranken-/Pflegekasse:	KV- Nr.: _____
Befreiung Zuzahlung: <input type="checkbox"/> ja, bis _____ <input type="checkbox"/> nein	
derzeitige Pflegeleistung: <input type="checkbox"/> Pflegegeld <input type="checkbox"/> Sachleistung <input type="checkbox"/> Kombinationsleistung ambulanter Pflegedienst: _____	
Schwerbehindertenausweis: <input type="checkbox"/> wenn ja, Merkzeichen _____ Prozente: _____	

### Kostenträger

Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe/Beihilfe bezogen/beantragt? <input type="checkbox"/> Ja, Pflegegeld _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, Sozialhilfe/Beihilfe _____ <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ich bin Selbstzahler, keine Anträge erforderlich <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Heimnotwendigkeitsbescheinigung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
---

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Anmeldender

Version	Freigabe	Datum	Archivierung	Seite
7.0	GF	15.09.2023	Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	1 von 1