



Offenbergstraße 19, 48151 Münster
Tel.: 0251 52002-0 | Fax.: 0251 52002-179 | info@altenheim-friedrichsburg.de

Anmeldung

Vollstationäre Heimaufnahme | Kurzzeitpflege | Ambulanter Pflegedienst | Tagespflege

Nachname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ, Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsname: _____

Fam.stand: _____ Geburtsort: _____

Nationalität: _____ Konfession: _____

Telefon: _____ Sonstiges: _____

Derzeitige Situation: _____

aktueller Hausarzt:	Name: _____
	Anschrift: _____
	Telefon: _____
Krankenkasse: _____	
Vers-Nr.: _____ Beihilfeberechtigt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Impfstatus (Corona): Datum: 1. Impfung: _____ 2. Impfung: _____ 3. Impfung: _____ Impfstoff: _____ Arzt: _____	
Bisheriger Pflegebedarf: vorläufiger <input type="checkbox"/> bestätigter <input type="checkbox"/> Pflegegrad _____ seit: _____ Wurde bereits Kurzzeitpflege im laufenden Kalenderjahr in Anspruch genommen? Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> wo: _____ Anzahl Tage: _____	

- Anmerkung zur Kurzzeitpflege:
Medikamente, Verbandsmaterialien, Inkontinenzmaterialien und Hilfsmittel (Rollator, Rollstuhl, Stock, etc.) müssen mitgebracht werden. Wäschepflege muss selbst organisiert werden.
- Anmerkung zur Tagespflege:
Eine Abholung von zuhause ist gewünscht: | Der Gast wird selbst zur Tagespflege gebracht:
Teilnahmetage: Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag

Nr.	Ansprechpartner:	
1	Ehefrau <input type="checkbox"/> Ehemann <input type="checkbox"/>	Name: _____
	Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/>	Straße: _____
	Nichte <input type="checkbox"/> Neffe <input type="checkbox"/>	PLZ, Ort: _____
	Enkelin <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/>	Telefon: _____
	Andere:	Handy: _____
		Email: _____
	Vollmacht: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Patientenverfügung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
2	Ehefrau <input type="checkbox"/> Ehemann <input type="checkbox"/>	Name: _____
	Tochter <input type="checkbox"/> Sohn <input type="checkbox"/>	Straße: _____
	Nichte <input type="checkbox"/> Neffe <input type="checkbox"/>	PLZ, Ort: _____
	Enkelin <input type="checkbox"/> Enkel <input type="checkbox"/>	Telefon: _____
	Andere:	Handy: _____
		Email: _____
	Vollmacht: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	Patientenverfügung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
3	Gesetzlicher Betreuer:	Name: _____
	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	Straße: _____
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge	PLZ, Ort: _____
	<input type="checkbox"/> Vermögensvorsorge	Telefon: _____
	<input type="checkbox"/> Sonstiges	Handy: _____
		Email: _____
	Patientenverfügung: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	

Sonstige Hinweise: _____

Gemäß § 4 und 12 Datenschutzgesetz NRW sichern wir Ihnen zu, dass die von Ihnen abgefragten Daten nur zur sachgerechten Bearbeitung Ihres Antrages verwendet werden. Erfolgt keine Aufnahme innerhalb von sechs Monaten nach Abgabe der Anmeldung, werden Ihre Unterlagen vernichtet und Ihre Daten gelöscht.

Unterschriften:

Datum, Ort

Unterschrift der angemeldeten Person

Datum, Ort

Unterschrift des Angehörigen/Betreuers