

# Anmeldeformular für die Wohnstifte



- Kurzzeitpflege                       vollstationäre Pflege  
 Wohnstift Dichterviertel                       Wohnstift Raadt                       Wohnstift Uhlenhorst

<b>1. Vor- und Nachname (Geb-Name)</b>							
<b>2. Adresse</b>		Straße, PLZ, Ort					
<b>3. Derzeitiger Aufenthalt</b>							
<b>4. Geburtsdaten</b>		Geb.-datum		Geb.-ort			
<b>5. Familienstand</b>		<input type="checkbox"/> verheiratet		<input type="checkbox"/> verwitwet		<input type="checkbox"/> geschieden	
		<input type="checkbox"/> ledig		<input type="checkbox"/> zusammenlebend			
<b>6. Konfession</b>		<input type="checkbox"/> evang.		<input type="checkbox"/> kath.		<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> sonst.	
<b>7. Staatsangehörigkeit</b>							
<b>8. Angehöriger a)</b>		Name, Vorname					
		Straße, PLZ, Ort					
		Bezug zur Person				Telefon	
		E-Mail Adresse:					
		<input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer			<input type="checkbox"/> bevollmächtigt		
<b>b)</b>		Name, Vorname					
		Straße, PLZ, Ort					
		Bezug zur Person				Telefon	
		E-Mail Adresse:					
<b>Wirkungskreis der Betreuung oder Vollmacht</b>		<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung		<input type="checkbox"/> Vermögensvorsorge			
		<input type="checkbox"/> Gesundheitsvorsorge		<input type="checkbox"/> Post			
<b>9. Patientenverfügung</b>		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein			
<b>10. Hausarzt</b>		Name				Telefon	
		Straße, PLZ, Ort					
Erstellung	Erstelldatum	Thema	Freigabe	Revision	Datum	Überprüfung	Seite
A. Rost	Jul 23	Anmeldung	A. Rost	2.0	17.07.2023	bei Änderung	1 von 2

<b>11. Mitbehandelnde Fachärzte</b>	<b>a)</b> Name	Telefon					
	Straße, PLZ, Ort						
	<b>b)</b> Name	Telefon					
	Straße, PLZ, Ort						
	<b>c)</b> Name	Telefon					
	Straße, PLZ, Ort						
<b>12. gewünschte Unterbringung</b>	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> keinen Wunsch						
<b>13. gewünschter Aufnahmetermin</b>	<input type="checkbox"/> zur Kurzzeitpflege	<b>von</b> _____ <b>bis</b> _____					
	<input type="checkbox"/> zur vollstationären Pflege	<b>ab dem</b> _____					
<b>14. Pflegegrad beantragt</b>  <b>genehmigt</b>	<input type="checkbox"/> ja, am _____ <input type="checkbox"/> nein						
	<input type="checkbox"/> PG 1	<input type="checkbox"/> PG 2					
	<input type="checkbox"/> PG 3	<input type="checkbox"/> PG 4 <input type="checkbox"/> PG 5					
<b>15. Kranken- bzw. Pflegekasse</b>	Name, Anschrift						
<b>16. Versicherungsnummer</b>							
<b>17. Zuzahlungsbefreit</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein						
<b>18. Sozialhilfe</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt						
<b>19. Sonstiges</b>							
Ort, Datum		Unterschrift des Anmeldenden / Funktion					
Erstellung	Erstelldatum	Thema	Freigabe	Revision	Datum	Überprüfung	Seite
A. Rost	Juli	Anmeldung	A. Rost	2.0	17.07.2023	bei Änderung	1 von 2