

## Anmeldung zur Aufnahme im Pflegezentrum Weimar-Legefeld

Name, Vorname (Interessent): Anschritt: Telefonnummer:		
geb. am:	Geburtsort:	
Krankenkasse:	Pflegegrad:	seit:
Versicherten-Nr.:		
Schwerbehindertenausweis:		
Sozialhilfeempfänger:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Hausarzt: Anschritt: Telefonnummer:		
Pflegerelevante Besonderheiten/bekannte Diagnosen:		
Angehörige/r: Anschritt: Telefonnummer:		
Betreuer/Bevollmächtigter: Anschritt: Telefonnummer:		
Wie dringend ist die Aufnahme:	<input type="radio"/> sehr dringend, da keine Angehörigen vorhanden sind <input type="radio"/> sehr dringend, da ich mich derzeit im Krankenhaus befinde und allein nicht mehr zurecht komme <input type="radio"/> dringend, da meine Angehörigen mit der Pflege überlastet sind <input type="radio"/> weniger dringend; dieser Antrag ist lediglich eine Voranmeldung	

Wo benötigen Sie Hilfe?	Nein	Gelegentlich	Ständig
Essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufstehen (z. B. aus dem Bett)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettengänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen/Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Größe:

Gewicht:

\_\_\_\_\_

Ausgehändigte Unterlagen

- Informationsschreiben mit Checkliste
- Ärztlicher Fragebogen
- Heimordnung

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Interessenten/Bevollmächtigten/Betreuer