



# Anmeldeformular Heimaufnahme AWO - Seniorenzentrum

„Haus am Wedenberg“

Am Hohlweg 2  
18236 Kröpelin  
Tel. 038292-854-10  
Fax 038292-854-14

seniorenzentrum@awo-doberan.de  
www.awo-seniorenzentrum-kroepelin.de

Bearbeitungsvermerke Verwaltung:

Debitor-Nr.

Zimmer-Nr.

Beratung:

Dringend

**Bitte ab hier ausfüllen:**

- vollstationäre Pflege
- „Hus Möhlenblick“
- Einzelzimmer
- vorsorglich

- Urlaubs- & Verhinderungspflege/ Kurzzeitpflege
- „Hus Gordenblick“
- Doppelzimmer (nur „Hus Gordenblick“)
- gewünschter Termin .....

## Angaben zur Person

Vor- und Zuname:	
Geburtsname:	Staatsangehörigkeit:
Geburtsdatum:	Geburtsort:
Straße; Hausnummer:	
PLZ; Ort:	
Telefon:	oder:
Konfession:	erlernter/ausgeübter Beruf:
Familienstand:	
Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend):	

Pflegegrad:  1  2  3  4  5  beantragt am/ seit .....

Zuzahlungsbefreiung:  ja, bis 31.12.20.....  nein

vorhandene Dokumente:  (Vorsorge-)Vollmacht  Patientenverfügung

Betreuungsverfügung  sonstige: .....

## Angehörige (Angaben freiwillig)

Vor- und Zuname:	
Geburtsname:	Verwandtschaftsgrad:
Straße; Hausnummer:	
PLZ; Ort:	
Telefon:	Vollmacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Email:	Kontaktaufnahme erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vor- und Zuname:	
Geburtsname:	Verwandtschaftsgrad:
Straße; Hausnummer:	
PLZ; Ort:	
Telefon:	Vollmacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Email:	Kontaktaufnahme erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Vor- und Zuname:	
Geburtsname:	Verwandtschaftsgrad:
Straße; Hausnummer:	
PLZ; Ort:	
Telefon:	Vollmacht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Email:	Kontaktaufnahme erwünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Erstellt am: 11.11.15 Schaft	Geprüft (QMB) am:	Freigegeben (L) am: 11.09.18	Kontrolle auf/ nach Aktualität (Datum/ Kürzel)				Seite 1 von 2	
			11.9.18			Revisionsnr. Datum	2 11.09.18	

**Weitere Angaben:**

**Hausarzt**  
Name:  
Anschrift:  
Telefonnummer:

**Krankenkasse / Pflegekasse**  
Name:  
Anschrift:  
Telefonnummer:  
Mitgliedsnummer:

**Betreuer (nach Betreuungsrecht):**  
Anschrift:  
Telefonnummer:  
Wirkungskreis:

**Kostenträger**

Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe/ Beihilfe bezogen oder beantragt?

- ja, Sozialamt/ Beihilfe .....  
 nein, Selbstzahler (Preisliste Stand vom ..... bekannt)

- Wird Blindengeld bezogen?  ja  nein  
Liegt ein Grad der Behinderung vor?  ja; \_\_\_\_\_ GdB  nein  
Merkzeichen:  G  aG  H  BI  B  RF  sonstige: .....

**Gründe für die Heimaufnahme:**

- nach Krankenhausaufenthalt  erhöhter Pflegeaufwand:  
 Änderung der persönlichen Verhältnisse:  sonstige:

**Hinweise & Ergänzungen:**

**Beratungsbedarf habe/n ich/ wir zu folgenden Themen:**

- Finanzierung Heimplatz (Antragsstellung u.a.)  
 Spezialisierte Unterbringung wegen dementieller Erkrankung  
 sonstige:

**Bitte beachten Sie unsere 3-Jahres-Ablauffrist** bei Anmeldungen auf Warteliste, sofern Sie diese Frist nicht innerhalb dieser Zeit verlängern.

**Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie, gemäß der Datenschutzgrundverordnung, einer Speicherung der personenbezogenen Daten zur Kontaktaufnahme zu.**

.....  
Ort; Datum

.....  
Unterschrift des Antragstellers

.....  
wenn nicht Personengleich,  
Unterschrift des Aufzunehmenden

Erstellt am: 11.11.15 Schaft	Geprüft (QMB) am:	Freigegeben (L) am: 11.09.18	Kontrolle auf/ nach Aktualität (Datum/ Kürzel)				Seite 2 von 2	
			11.9.18			Revisionsnr. Datum	2 11.09.18	