



QUALITÄTSHANDBUCH

4.12 Einzugskonzept

St. Elisabeth
Seniorenheim
Fichtenweg 17 -29
13587 Berlin

4.12.1 Anmeldung für einen Heimplatz

Eingangsdatum der Anmeldung in unserer Einrichtung: _____

Unterbringungswunsch: Einzelzimmer Doppelzimmer

Einzug geplant ab: _____

Name, Vorname: _____

Geburtsname: _____ Familienstand: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Hauptwohnsitz: Straße, Hausnr.: _____

PLZ, Ort: _____

Telefon: _____

derzeit. Aufenthalt: Bezeichnung: _____

1. Angehöriger: Straße, Hausnr.: _____

Name: PLZ, Ort: _____

_____ Telefon: _____ Handy: _____

_____ Verwandtschaftsgrad: _____

2. Angehöriger: Straße, Hausnr.: _____

Name: PLZ, Ort: _____

_____ Telefon: _____ Handy: _____

_____ Verwandtschaftsgrad: _____

Krankenkasse: Name: _____

Anschrift: _____

Mitgliedsnr.: _____

Rezeptgebühren befreit: ja nein

Besteht Beihilfeanspruch ja nein

Pflegebescheid: liegt vor liegt nicht vor ist beantragt

Für: Hauspflege stationäre Pflege Eingeschränkte Alterskompetenz

Pflegegrad: 2 3 4 5 Höhergradung beantragt: ja nein

Freigabe	Erstellt durch	Datum	Version	Seite 1
Naschitzki	Reimer	24.02.2017	4	von 2



QUALITÄTSHANDBUCH

4.12 Einzugskonzept

St. Elisabeth
Seniorenheim
Fichtenweg 17 -29
13587 Berlin

4.12.1 Anmeldung für einen Heimplatz

Betreuung, Vollmacht, Patientenverfügung:

- Liegt eine Patientenverfügung vor ja nein
- Besteht gesetzliche Betreuung? ja nein ist beantragt
- Liegt eine private / notarielle Vollmacht vor ja nein
- Für welche Aufgabengebiete: Aufenthalt Vermögen Gesundheit
 Vertretung vor Behörden
 Wohnungsangelegenheiten
 Sonstiges _____

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Hausarzt: Name: _____

Übernimmt der Arzt nach Aufnahme im Heim die Behandlung weiter? ja nein

Kostenträger: Selbstzahler Sozialhilfe beantragen
 bezieht bereits Sozialhilfe Aktenzeichen: _____

Bestattungsvorsorge: Bestattungswunsch: Erdbestattung Feuerbestattung
bei welchem Unternehmen: _____

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

- behandelnder Arzt / Krankenhaus Bekannte Pfarrer
 Internet sonstige: _____

Bitte beachten Sie: Zur Heimaufnahme ist ein ärztliches Gutachten erforderlich

Hinweise:

Ort, Datum: _____

Unterschrift: _____

Freigabe	Erstellt durch	Datum	Version	Seite 2
Naschitzki	Reimer	24.02.2017	4	von 2