

Freiwillige Angaben zur Aufnahme im Seniorenpflegeheim

Bitte vollständig ausfüllen **und unterschreiben** - Vielen Dank

Persönliche Daten:			
Name		Vorname	
Geburtsname		Geburtsort	
Geburtstag		Familienstand	
Staatsangehörigkeit		Religion	
Straße		Hausnummer	
PLZ		Ort	
Telefon		Mobil	
Aktueller Aufenthalt		Seit wann?	

Angaben zu Angehörigen: Nächste Angehörige bzw. Bezugspersonen			
Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
PLZ		Ort	
Telefon		Handy	
eMail			
Wie verwandt / bekannt?			
Name		Vorname	
Straße		Hausnummer	
PLZ		Ort	
Telefon		Handy	
eMail			
Wie verwandt / bekannt?			

Haben Sie einer Person Ihres Vertrauens eine Vollmacht erteilt?	<input type="checkbox"/> ja ***	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, bitte den Namen einer oben angegebenen Person angeben		
Haben Sie eine Patientenverfügung ?	<input type="checkbox"/> ja ***	<input type="checkbox"/> nein
*** bitte der Vollmacht / Patientenverfügung beifügen		

Besteht bereits eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz		<input type="checkbox"/> ja ***	<input type="checkbox"/> nein
*** Bitte Kopie der Bestellung beifügen			
Name des Betreuers			
Anschrift des Betreuers			
Telefon		eMail	
Wenn nein, ... ist die Einrichtung einer Betreuung notwendig?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
... ist die Einrichtung einer Betreuung beim Amtsgericht eingeleitet?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Bitte unbedingt ausfüllen

Ärzte			
Hausarzt		Telefon	
Anschrift			
Der Hausarzt sollte weiterhin meine Betreuung übernehmen?		<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Facharzt		Zahnarzt	
Telefon		Telefon	
Anschrift		Anschrift	

Krankenkasse		Telefon	
Anschrift			
Versicherten Nr.			

Pflegekasse		Telefon	
Es liegt ein Pflegegrad vor?	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> nein
Seit wann?	(Bitte eine Kopie der Einstufung beifügen)		
Es wurde ein Antrag bei der Pflegekasse gestellt?		<input type="checkbox"/> ja***	<input type="checkbox"/> nein
*** Bitte Kopie der Bestellung beifügen			

Rezeptgebührenbefreiung?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
---------------------------------	-----------------------------	-------------------------------

Kostenregelung	<input type="checkbox"/> selbst	<input type="checkbox"/> selbst + Beihilfe
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger -	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ggf. Kopie des Rentenbescheides beifügen

Regelung für den Todesfall	
Benachrichtigung an	
Bestattungsinstitut	
Aushändigung eingebrachter Sachen an (ohne Rücksicht auf erbrechtliche Legitimation):	
Name	

Diagnosen / Grunderkrankungen Arztbrief oder Entlassungsbericht Krankenhaus bitte beifügen			
Vorhandene Wunden/ Hautdefekte			
Allergien / Unverträglichkeiten			
Bestehende Therapien (z.B. Krankengymnastik)			
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brille / Kontaktlinsen <input type="checkbox"/> Hörgeräte <input type="checkbox"/> Zahnprothesen	<input type="checkbox"/> Gehhilfe <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Sauerstoffkonzentrator	<input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Sonstiges:
Inkontinenzprobleme	Bettlägerig		
<input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> zeitweise		
Orientierung			
Zeitlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Örtlich orientiert	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
Zur Person	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
SARS-CoV-2 Virus	Geimpft	Genesen	Impfung gewünscht
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bitte unbedingt ausfüllen

Telefonanschluss im Zimmer gewünscht?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
--	-----------------------------	-------------------------------

Hier noch 4 Fragen in eigener Sache

Wie sind Sie auf unsere Dienstleistungen aufmerksam geworden?

Nehmen Sie bereits andere Dienste der AWO in Anspruch?

<input type="checkbox"/> Ambulanter Dienst	<input type="checkbox"/> Seniorentagesstätte	<input type="checkbox"/> Haushaltsnahe Dienste - ASG
<input type="checkbox"/> Essen auf Rädern	<input type="checkbox"/> Hausnotruf	<input type="checkbox"/> Wohnung

Ich bin Mitglied bei der AWO? ja nein

Sind Sie damit einverstanden, wenn wir Sie über aktuelle Neuigkeiten per eMail informieren? ja* nein
** Sie können diese Zustimmung jederzeit widerrufen*

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin: _____

ggf. Unterschrift des Betreuers / der Betreuerin: _____

Hinweise zum Datenschutz (gemäß Art 13 Abs. 1 und 2, DSGVO)

Die von Ihnen freiwillig an uns übermittelten Daten werden nur zum Zwecke Ihrer Bewerbung um eine Aufnahme in das AWO Seniorenpflegeheim „Albert-Osswald-Haus“ verarbeitet. Informationen erhalten Sie von: **Frau Ulrike Blößer, u. bloesser@awo-giessen.de**
Tel: 0641-4019-604, Fax: 0641-4019-212,

Sollte kein Betreuungsvertrag zum gewünschten Zeitpunkt zustande kommen, werden wir Ihre Daten und eingereichten Dokumente löschen bzw. vernichten.
 Wünschen Sie eine Aufbewahrung Ihrer Daten zum Zwecke einer späteren Aufnahme, so erklären Sie dies hier bitte schriftlich:

Ich wünsche in die Bewerberliste aufgenommen zu werden*
** Diese Zustimmung können Sie jederzeit widerrufen.*

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers / der Antragstellerin: _____

ggf. Unterschrift des Betreuers / der Betreuerin: _____