

# Anmeldung zur Aufnahme

<input type="checkbox"/> dringende Anmeldung
<input type="checkbox"/> gewünschter Einzugsstermin _____ <small>Der gewünschte Einzugsstermin stellt weder für den Antragsteller noch für das Mainzer Altenheim eine verbindliche Zusage dar.</small>
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer

## Persönliche Angaben (Bitte Kopie des Personalausweises beifügen)

Name /Vorname(n) \_\_\_\_\_

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsdaten \_\_\_\_\_  
geboren am \_\_\_\_\_ Geburtsort \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_  
Straße / PLZ / Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthalt  eigene Wohnung       Krankenhaus       Reha

Familienstand  verheiratet     geschieden     ledig     verwitwet

Konfession \_\_\_\_\_      7. Staatsangehörigkeit \_\_\_\_\_

## Angehörige / Kontaktpersonen

Name, Vorname	wie verwandt
Adresse	
Telefon (privat)	Telefon (dienstlich)
Handy	E-Mail
Name, Vorname	wie verwandt
Adresse	
Telefon (privat)	Telefon (dienstlich)
Handy	E-Mail
Name, Vorname	wie verwandt
Adresse	
Telefon (privat)	Telefon (dienstlich)
Handy	E-Mail

## Betreuer/in gem. Betreuungsgesetz oder Bevollmächtigte/r

Name, Vorname

Grundlage (gesetzl. Betreuung, Vollmacht etc.)

Adresse

Telefon

Wirkungskreis

Aufenthaltsbestimmung

Gesundheitsfürsorge

Vermögenssorge

Behördenangelegenheiten

Postvollmacht

Sonstige: \_\_\_\_\_

*(bitte Kopie des Betreuungsausweises bzw. der Vollmacht beifügen)*

Patientenverfügung

ja

nein

*(wenn ja, bitte Kopie beifügen)*

## Behandelnde/r Ärztin/Arzt

Name, Vorname

Adresse

Telefon

Fax

Falls Ihr Hausarzt Sie in unserem Haus nicht betreuen kann, sind Sie damit einverstanden, dass der zuständige Wohnbereich einen Arzt für Sie wählt?

ja

nein, ich möchte folgenden Arzt: \_\_\_\_\_

## Krankenkasse

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Adresse

Telefon

Zuzahlung zu Medikamenten  befreit

nicht befreit

*(bitte Kopie des Befreiungsausweises beifügen)*

Liegt bereits ein Pflegegrad vor?

ja, Grad

\_\_\_\_\_

*(bitte Kopie des Leistungsbescheides zufügen)*

Falls nein, läuft bereits ein Einstufungsverfahren?

ja

nein

Besteht ein beamtenrechtlicher Anspruch auf Beihilfe

ja

nein

Selbstzahler:  ja

nein

Sozialhilfeantrag

wurde gestellt am: \_\_\_\_\_

wird gestellt

Besteht ein Vorsorgevertrag mit einem Bestattungsinstitut?

nein

ja, mit dem Institut: \_\_\_\_\_

# Fragen zur Aufnahme

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Hilfsmittel die mitgebracht werden (zutreffendes bitte ankreuzen)

- Brille / Kontaktlinsen  ja  nein  
Hörgerät  ja  nein  
Zahnprothese  oben  unten  nein  
Arm-/Beinprothesen  ja  nein

Gehhilfen: Rollstuhl  Rollator  Gehstock

Benötigen Sie besondere Kostform?

- fettarme / salzarme Kost  Schonkost   
Diabetes-Kost  vegetarische Kost

Allergien / Unverträglichkeiten: \_\_\_\_\_

nicht bekannt

Fachärzte: (Zahnarzt, Urologe, Orthopäde, Augenarzt, usw.)

möchten Sie weiterhin von Ihrem bisherigen Zahnarzt betreut werden?

- ja \_\_\_\_\_  
 nein \_\_\_\_\_

weitere Fachärzte:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Tel.-Nr. \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. \_\_\_\_\_  
Tel.-Nr. \_\_\_\_\_

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis  ja  nein

Wenn ja, Grad der Behinderung \_\_\_\_\_

(Bitte Kopie der Schwerbehindertenausweises zufügen)

Sonstiges: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ort / Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift