



Name/Vorname:	Geb.-Datum:
Bisherige Anschrift:	
Staatsangehörigkeit:	Familienstand:
Konfession:	Pflegestufe:
Krankenkasse:	
Heimplatzbewerber kommt von: <input type="checkbox"/> Zuhause <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	
Name, Anschrift, Tel.-Nr., E-mail-Adr. der Angehörigen/Bevollmächtigten/Betreuer: (Bitte Verwandtschafts- oder/und Betreuungsverhältnis angeben!)	
Zimmerwunsch: <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer <input type="checkbox"/> Einzel- oder Zweibettzimmer unter Vorbehalt	
Wünsche des Heimplatzbewerbers/der Angehörigen bzw. Betreuer:	
Bemerkungen/Sonstiges:	

Das AWW-Seniorenheim Steglitz ist ein Nichtraucherhaus. Hiermit erklärt der Heimplatzbewerber, Nichtraucher zu sein.

Der Antragsteller bestätigt die Richtigkeit der obigen Angaben.

Datum

Name und Unterschrift des Antragstellers

Allgemeines Qualitätshandbuch
Aufnahmeantrag für Heimbewohner



Anlagen

Vollmacht vorhanden: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Wer besitzt die Vollmacht?
Betreuung: <input type="checkbox"/> nicht vorhanden <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> angeregt <input type="checkbox"/> eingeleitet
Name, Anschrift u. Telefonnummer des Hausarztes:
Ärztliches Gutachten: <input type="checkbox"/> veranlasst <input type="checkbox"/> nicht veranlasst
Welche Kostform?
Welche Art von Hilfsmitteln sind vorhanden:
Wünsche des Heimplatzbewerbers / besondere Wünsche an den Pflegedienst:
Welche Möbel werden mitgebracht?
Wer übernimmt den Umzug?
Einzugsdatum:
Uhrzeit:
Heimplatzbewerber kommt von: <input type="checkbox"/> Zuhause <input type="checkbox"/> aus dem Krankenhaus



Bemerkungen:
Wünsche im Todesfall:
Wer soll benachrichtigt werden?
1.
2.
Wer wird die Bestattung organisieren?
Welches Bestattungsinstitut?
<input type="checkbox"/> Erdbestattung <input type="checkbox"/> Feuerbestattung
Befreiung von Zuzahlungen
Rezeptgebühren <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bis _____
Heilmittel <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bis _____
Krankentransport <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bis _____
Zahnersatz <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein bis _____

Allgemeines Qualitätshandbuch
Aufnahmeantrag für Heimbewohner



Kostenträger			
Selbstzahler:			
Pflegekasse:			
Sozialbehörde:			
Bitte unbedingt ankreuzen!		Beihilfe:	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Höhe und Art des persönlichen Einkommens			
€	Rentenart:	Amt:	Nr.:
€	Rentenart:	Amt:	Nr.:
€	Sonstiges:		
Versicherungen des Antragstellers			
Krankenversicherung:			
Sonstige Versicherungen:			
Bemerkungen/Sonstiges:			

Der Antragsteller bestätigt die Richtigkeit der obigen Angaben (Seite 2-4 des Antragsformulars).

 Datum

 Name des Antragstellers (leserlich)

 Unterschrift des Antragstellers