



### Anmeldung zur Aufnahme im Pflegeheim "Goldene Au

#### Ihre Daten:

O Frau / O Herr

Nachname

ggf. Geburtsname

Vorname

Geburtsdatum

aktuelle Adresse: Straße, Hausnummer  
PLZ, Ort

Kommen Sie selbst für die  
Heimkosten auf?

ja, ich bin Selbstzahler  
 nein, das Sozialamt wird die Kosten tragen

Bitte versäumen Sie nicht, gleichzeitig mit der  
Anmeldung bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag  
auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zu  
stellen. Stellen Sie zusätzlich ggf. einen  
entsprechenden Antrag bei Ihrem zuständigen  
Sozialamt.

Telefonnummer

Hausarzt

Fachärzte

Hausarzt muss neu gesucht werden

ja  
 nein

Sind Therapeuten notwendig

ja  
 nein

Wenn ja besteht ein besonderer Wunsch oder  
ist dies durch die Pflege zu beraten:

Schwerbehindertenausweis  
vorhanden?

ja  
 nein

Krankenkasse

Wurden Sie bereits in einen  
Pflegegrad eingestuft?

nein  
 ja, Pflegegrad 1  
 ja, Pflegegrad 2  
 ja, Pflegegrad 3  
 ja, Pflegegrad 4  
 ja, Pflegegrad 5

Beziehen Sie  
Ergänzungsleistungen?

ja  
 nein



Bestehen gerichtliche Betreuungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  Falls ja, für welche Bereiche?
ggf. Name und Anschrift des Betreuers	
Lebenssituation	<input type="radio"/> alleinstehend <input type="radio"/> mit Ehe-/Lebenspartner <input type="radio"/> bei/mit Kindern
<b>Daten zum Einzug</b>	
Wie dringend ist die Aufnahme?	<input type="radio"/> sehr dringend, da keine Angehörigen vorhanden sind <input type="radio"/> sehr dringend, da ich mich derzeit im Krankenhaus befinde und allein nicht mehr zurecht kommen <input type="radio"/> dringend, da meine Angehörigen mit der Pflege überlastet sind <input type="radio"/> weniger dringend; dieser Antrag ist lediglich eine Voranmeldung
gewünschter Aufnahmetermin:	
Grunddiagnosen welche zur Pflegebedürftigkeit führen	
Hilfebedarf bei folgenden Lebenssituationen	



Hilfsmittelbedarf	<input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> Rollator <input type="radio"/> Gehstock <input type="radio"/> Toilettenstuhl <input type="radio"/> Wechseldrucksystem <input type="radio"/> Toilettensitzerhöhung	Vorhanden ja - nein ja - nein ja - nein ja - nein ja - nein ja - nein
Patientenverfügung / Vorsorgevollmacht ist vorhanden	<input type="radio"/> ja Bemerkung:	<input type="radio"/> nein
<b>wichtige Angehörige*</b>		
1.	Name / Vorname	
	Verwandtschaftsverhältnis	
	Anschrift	
	Telefonnummer	
	Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
2.	Name / Vorname	
	Verwandtschaftsverhältnis	
	Anschrift	
	Telefonnummer	
	Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<input type="radio"/> KZP    – <input type="radio"/> VHP    – <input type="radio"/> VS		
weitere Anmerkungen		
Datum:		
Unterschrift Antragsteller:		
Unterschrift Vertreter der Einrichtung:		