



SENIOREN- UND PFLEGEZENTRUM
ST. ANTONIUS

**Senioren- und Pflegezentrum
St. Antonius gGmbH**
Klosterstraße 30
52146 Würselen

Tel.: 02405/457-0
Fax: 02405/457-200
Internet: www.antonius-wuerselen.de
E-Mail: info@antonius-wuerselen.de

Eingangsvermerke der Einrichtung

Anmeldung zur **vollstationären Aufnahme** **Kurzzeitpflege**

(Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen zur vollstationären Aufnahme / Kurzzeitpflege einsenden)

1. Vor- u. Zuname			
2. Adresse			Tel.
3. derzeitiger Aufenthalt			
bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse			Tel.
4. Geburtsdatum/-ort	Datum: _____ Ort _____		
5. Familienstand	<input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> gesch. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> ledig	6. Konfession:	7. Staatsangehörigkeit:
8. Angehörige	a)	Name	
		Straße/PLZ/Ort	
		wie verwandt	Tel.
	b)	Name	
		Straße/PLZ/Ort	
		wie verwandt	Tel.
	c)	Name	
		Straße/PLZ/Ort	
		wie verwandt	Tel.
9. Betreuer nach Betreuungsrecht / Bevollmächtigter	Name		
	Straße/PLZ/Ort		Tel.
Wirkungskreis der Betreuung	Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> ärztliche Versorgung <input type="checkbox"/>		

10. Hausarzt	Name	
	Straße/PLZ/Ort	Tel.
11. Corona-Schutzimpfung	1. Impfung erhalten / 2. Impfung erhalten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	3. Impfung erhalten / 4. Impfung erhalten <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	Keine Impfung erhalten <input type="checkbox"/>	
	Impfung nicht gewünscht <input type="checkbox"/>	
12. Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>	
Gewünschter Aufnahme-termin*	<u>zur vollstationären Aufnahme:</u> _____	
	<u>zur Kurzzeitpflege:</u> vom: _____ bis: _____	
	<u>Bei Kurzzeitpflege:</u> Telefon gewünscht (pro Tag 1,00 € pauschal zzgl. MwSt) ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
13. Hinweise, Ergänzungen		
14. Pflegegrad	(Bitte Pflegekassenbescheid beifügen)	
	Höhergruppierung beantragt? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann? _____	
Kranken- bzw. Pflegekasse		
15. Kosten-träger	Werden Sozialhilfeleistungen bezogen oder beantragt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
	Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?	

Ort:	
Datum:	
Unterschrift des Aufzunehmenden:	
oder	
Unterschrift des Betreuers / Bevollmächtigten:	

*** (Aufnahmetage nur montags b. donnerstags, Feiertage ausgenommen)**