

Maria-Martha-Stift

Alten- und Pflegeheim
Ev. Diakonie Lindau e.V.
Zwanziger Straße 20 - 26
88131 Lindau



info@maria-martha-stift.de

Tel: 08382-299-0 Fax: 08382-299-199

www.maria-martha-stift.de

Anmeldung zur Heimaufnahme

Altenheim (ohne Pflegestufe)

Pflegeheim

1. Vor- und Zuname geborene

2. Adresse Straße/Platz/Ort Telefon

3. Derzeitiger Aufenthalt (Bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse) Straße/Platz/Ort Telefon

4. Geburtsdatum/-Ort Datum Ort/Land

5. Familienstand ledig verh. verw. gesch. 6. Konfession 7. Staatsangehörigkeit

8. Angehörige a) Name Telefon
Straße/Platz
Ort wie verwandt
b) Name Telefon
Straße/Platz
Ort wie verwandt

9. Betreuer (nach Betreuungsrecht) Name Telefon
Straße/Platz/Ort

10. Hausarzt Name Telefon
Straße/Platz/Ort

11. Krankenkasse Name Telefon
Straße/Platz Versicherungsnummer
Ort

Pflegestufe keine 1 2 3 Pflegestufe wurde beantragt am

Vor- und Zuname

12. Gewünschte Unterbringung

Altenheim

Apartment mit 1 Zimmer

Apartment mit 2 Zimmern

Pflegeheim

Einzelzimmer

Doppelzimmer

13. Termin zur Aufnahme

sofort

vorsorglich

Monat/Jahr

14. Finanzierung

Ihre Heimkosten werden finanziert über:

Monatliche Rente

Zuzahlung aus Barvermögen notwendig

Zuzahlung durch Sozialamt notwendig

16. Sonstige Bemerkungen (z.B. kürzliche Krankenhausaufenthalte, besondere Wünsche, ...)

Wir bitten Sie, bei einer **vorsorglichen Anmeldung** im Maria-Martha-Stift, einmal im Jahr Ihr Interesse an einen Heimplatz zu bestätigen. Sollten Anmeldungen länger als 12 Monate nicht bestätigt worden sein, werden diese aus dem Register gelöscht.

Unterschrift des Antragstellers

Wenn nicht Personengleichheit,
Unterschrift des Aufzunehmenden

Ort

Datum

Maria-Martha-Stift

Alten- und Pflegeheim
Ev. Diakonie Lindau e.V.
Zwanziger Straße 20 - 26
88131 Lindau



info@maria-martha-stift.de

Tel: 08382-299-0 Fax: 08382-299-199

www.maria-martha-stift.de

Ärztlicher Fragebogen

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

1. Diagnose und Befund (möglichst deutsche Bezeichnung verwenden)

Diabetes melitus Glaukom Herzschrittmacher Dekubitus Sondennahrung

MRSA (Methicillin Resistente Staphylococcus Aureus) bösartige Erkrankungen: _____

Allergien: _____

2. Bestehen ansteckende Krankheiten (einschließlich TBC)

Nein Ja, folgende: _____

3. Besteht eine Sucht-Krankheit?

Nein Ja, folgende: _____

4. In welchen Bereichen sind Hilfen notwendig?

| | keine | öfter/häufig | ständig |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treppensteigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ankleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frisieren/Rasieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufstehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu Bett gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

sonstiges: _____

5. Besteht Inkontinenz?

| | Nein | öfter/häufig | ständig |
|-------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Stuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Harn | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Wenn ja, in welcher Form? _____

6. Besteht eine Desorientiertheit?

| | Nein | öfter/häufig | ständig |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| zeitlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| örtlich | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Ankleiden | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Frisieren/Rasieren | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Aufstehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zu Bett gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Benutzen der Toilette | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

sonstiges: _____

7. Wie ist die seelische Verfassung? Besteht Suizidgefahr?

sonstiges: _____

8. Medikationsplan

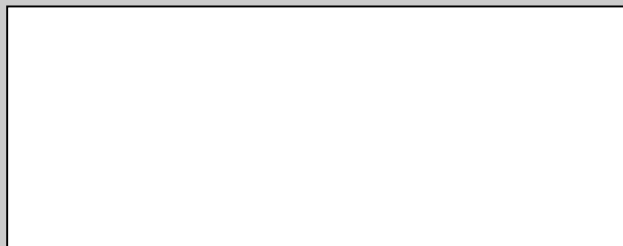
sonstiges: _____

9. Vorschläge für sonstige Maßnahmen/Hilfsmittel

sonstiges: _____

Ort

Datum



Stempel und Unterschrift des Arztes