



Aufnahmeantrag

Immanuel Haus Ecktannen

Fontanestr. 40 / 42
17192 Waren (Müritz)

Tel. 039 91 64 22 - 0
Fax 039 91 64 22 - 16
E-Mail: waren@immanuel.de

www.waren.immanuel.de

In besten Händen, dem Leben zuliebe.

Aufnahmeantrag für

Vollstationäre Pflege

Einzelzimmer

Doppelzimmer

beides möglich

Urlaubs- und Verhinderungspflege

Tagespflege

Kurzzeitpflege

Name

Vorname

Geburtsdatum

Geburtsort

Geburtsname

Familienstand

Konfession

Staatsangehörigkeit

Anschrift

Straße

PLZ, Ort

Telefon

Mobiltelefon

Krankenkasse / Pflegekasse

Name, Anschrift

Krankenversicherungsnummer

Derzeitiger Pflegegrad

Höherstufung beantragt? ja

nein

Rentenbescheid bitte beifügen!

Vollmachten / gerichtliche Betreuung / Patientenverfügung

Liegt eine Vorsorgevollmacht vor? ja nein

Liegt eine gerichtl. Betreuung vor? ja nein

Liegt eine Patientenverfügung vor? ja nein

Hausarzt

Name, Anschrift

Telefon

Datum letzte Tetanusimpfung

Haben Sie Allergien? (z. B. Medikamente, Lebensmittel, Insektenstiche) ja nein

Wenn ja, welche Allergien / Unverträglichkeiten haben Sie?

.....
.....

Kostform Vollkost zuckerreduzierte Kost (bei Diabetikern)

Welche Hilfsmittel benötigen Sie? (z. B. Rollator, Rollstuhl, Unterarmstütze)

.....
.....

Aktuelles Gewicht kg

Weitere Hilfsmittel / Maßnahmen

Brille / Kontaktlinsen

Zahnprothesen oben unten

Arm- / Beinprothesen

Hörapparate rechts links

Herzschrittmacher

Sonstiges

Nur bei Aufnahme in der Tagespflege auszufüllen

Häuslicher Pflegedienst ja nein

Name, Anschrift

Telefon

Anschriften Angehörige / Betreuer / Bezugspersonen

1. Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Tel. privat/ dienstl.	Mobiltelefon
E-Mail	Wie verwandt?

2. Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Tel. privat/ dienstl.	Mobiltelefon
E-Mail	Wie verwandt?

Wie wurden Sie auf unser Haus aufmerksam?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Freunde/Bekannte | <input type="checkbox"/> Zeitungsartikel |
| <input type="checkbox"/> Internet | <input type="checkbox"/> ausgelegte Prospekte |
| <input type="checkbox"/> | |

Anmerkungen/ wichtige Hinweise

.....

.....

Wer stellt den Antrag?

- | |
|---|
| <input type="checkbox"/> eine potentielle Bewohnerin / eine potentieller Bewohner bzw. Gast selbst |
| <input type="checkbox"/> eine Angehörige / ein Angehöriger oder eine Lebensgefährtin / ein Lebensgefährte |
| <input type="checkbox"/> eine gerichtlich bestellte Betreuerin / ein gerichtlich bestellter Betreuer |
| <input type="checkbox"/> sonstige Person (z. B. Bekannter) |

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift Antragstellerin / Antragsteller