

Anmeldung zur Aufnahme



Ich bin damit einverstanden, dass die personenbezogenen Daten zum Zweck einer möglichen Aufnahme im MAW gespeichert werden.

☐ dringende Anmeldung

☐ gewünschter Einzugsstermin _____

Der gewünschte Einzugsstermin stellt weder für den Antragsteller noch für das Mainzer Altenheim eine verbindliche Zusage dar.

☒ Einzelzimmer*

☐ Doppelzimmer

*die Aufnahme erfolgt in der Regel zunächst über ein Doppelzimmer

Persönliche Angaben

(Bitte Kopie des Personalausweises beifügen)

Name /Vorname(n) _____

Geburtsname _____

Geburtsdaten _____

geboren am _____

Geburtsort _____

Adresse _____

Straße / PLZ / Ort _____

Telefon _____

Derzeitiger
Aufenthalt

☐ eigene Wohnung

☐ Krankenhaus

☐ Reha

Familienstand

☐ verheiratet

☐ geschieden

☐ ledig

☐ verwitwet

Konfession _____

7. Staatsangehörigkeit _____

Angehörige / Kontaktpersonen

Name, Vorname _____

wie verwandt _____

Adresse _____

Telefon (privat) _____

Telefon (dienstlich) _____

Handy _____

E-Mail _____

Name, Vorname _____

wie verwandt _____

Adresse _____

Telefon (privat) _____

Telefon (dienstlich) _____

Handy _____

E-Mail _____

Name, Vorname _____

wie verwandt _____

Adresse _____

Telefon (privat) _____

Telefon (dienstlich) _____

Handy _____

E-Mail _____

Betreuer/in gem. Betreuungsgesetz oder Bevollmächtigte/r

Name, Vorname

Grundlage (gesetzl. Betreuung, Vollmacht etc.)

Adresse

Telefon

Wirkungskreis

☐ Aufenthaltsbestimmung

☐ Gesundheitsfürsorge

☐ Vermögenssorge

☐ Behördenangelegenheiten

☐ Postvollmacht

☐ Sonstige: _____

(bitte Kopie des Betreuungsausweises bzw. der Vollmacht beifügen)

Patientenverfügung

☐

ja

☐

nein

(wenn ja, bitte Kopie beifügen)

Behandelnde/r Ärztin/Arzt

Name, Vorname

Adresse

Telefon

Fax

Falls Ihr Hausarzt Sie in unserem Haus nicht betreuen kann, sind Sie damit einverstanden, dass der zuständige Wohnbereich einen Arzt für Sie wählt?

☐ ja

☐

nein, ich möchte folgenden Arzt: _____

Krankenkasse

Krankenkasse

Versicherungsnummer

Adresse

Telefon

Zuzahlung zu Medikamenten

☐

befreit

☐

nicht befreit

(bitte Kopie des Befreiungsausweises beifügen)

Liegt bereits ein Pflegegrad vor?

☐

ja, Grad

(bitte Kopie des Leistungsbescheides zufügen)

Falls nein, läuft bereits ein Einstufungsverfahren?

☐

ja

☐

nein

Besteht ein beamtenrechtlicher Anspruch auf Beihilfe

☐

ja

☐

nein

Selbstzahler: ☐ ja

(ohne Beteiligung des Sozialamtes)

☐ nein

Sozialhilfeantrag

wurde gestellt am: _____

wird gestellt

☐

Besteht ein Vorsorgevertrag mit einem Bestattungsinstitut?

☐

nein

☐ ja, mit dem Institut: _____

Fragen zur Aufnahme

Name, Vorname: _____

Covid-19 Impfung ☐ ja am: _____ ☐ nein

(Bitte Nachweis beifügen)

Hilfsmittel die mitgebracht werden

Brille / Kontaktlinsen ☐ ja ☐ nein

Hörgerät ☐ ja ☐ nein

Zahnprothese ☐ oben ☐ unten ☐ nein

Arm-/Beinprothesen ☐ ja ☐ nein

Gehhilfen: Rollstuhl ☐ Rollator ☐ Gehstock ☐

Benötigen Sie besondere Kostform?

fettarme / salzarme Kost ☐ Schonkost ☐

Diabetes-Kost ☐ vegetarische Kost ☐

Allergien / Unverträglichkeiten: _____

☐ nicht bekannt

Fachärzte: (Zahnarzt, Urologe, Orthopäde, Augenarzt, usw.)

möchten Sie weiterhin von Ihrem bisherigen Zahnarzt betreut werden?

☐ ja

☐ nein

➔ **Bitte beiliegendes Formular "Zahnärztliche Betreuung" ausfüllen**

weitere Fachärzte:

_____	Tel.-Nr. _____
_____	Tel.-Nr. _____
_____	Tel.-Nr. _____
_____	Tel.-Nr. _____

Besitzen Sie einen Schwerbehindertenausweis ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, Grad der Behinderung _____

(Bitte Kopie der Schwerbehindertenausweises zufügen)

Sonstiges: _____

Ort / Datum _____

Unterschrift _____