

# Anmeldung zur Aufnahme



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

<input type="checkbox"/>	dringende Anmeldung
<input type="checkbox"/>	gewünschter Einzugsstermin _____ <small>Der gewünschte Einzugsstermin stellt weder für den Antragsteller noch für das Mainzer Altenheim eine verbindliche Zusage dar.</small>
<input type="checkbox"/>	Einzelzimmer
<input type="checkbox"/>	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

nein

Sozialhilfeantrag wurde gestellt am: \_\_\_\_\_

wird gestellt

Besteht ein Vorsorgevertrag mit einem Bestattungsinstitut?

nein

ja, mit dem Institut: \_\_\_\_\_

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

**Covid-19 Impfung**  ja am: \_\_\_\_\_  nein

**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 \_\_\_\_\_