

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

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: _____

Fragen zur Aufnahme

Name, Vorname: _____

Hilfsmittel die mitgebracht werden (zutreffendes bitte ankreuzen)

- 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 _____

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