

<b>Adolf-Hamburger-Heim</b> Seniorenwohn- u Pflegeheim der Israelitischen Kultusgemeinde Arno-Hamburger-Str. 1 90411 Nürnberg Tel: (09 11) 56 25 180 Fax: (09 11) 56 25 101 info@ah-heim.de	<b>Erstgespräch:</b> _____ <b>Stationäre Aufnahme:</b> _____ <b>KuPf:</b> _____ <b>Zimmer:</b> _____ <b>Ärztl. Fragebogen vorhanden:</b> <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <b>erledigt</b> _____
--	---

**Anmeldung zur Heimaufnahme** am \_\_\_\_\_

<b>1. Nachname</b>  Geburtsname	_____ _____
---------------------------------------	----------------

<b>2. Vorname(n)</b>	_____
----------------------	-------

<b>3. Wohnung</b>	<b>Straße, Nr.:</b> _____ <b>PLZ, Ort:</b> _____ <b>Telefon:</b> _____
-------------------	--

<b>4. Derzeitiger Aufenthalt (Krankenhaus)</b>	_____
--	-------

<b>5. Geburtsdatum:</b>	geb. am: _____ Ort: _____
-------------------------	---------------------------

<b>6. Familienstand:</b> _____	<b>7. Konfession:</b> _____	<b>8. Staatsangehörigkeit:</b> _____
--------------------------------	-----------------------------	--------------------------------------

<b>9. Angehörige:</b> a) _____ <small>(wie verwandt)</small> <b>bzw. Ansprechpartner</b>         b) _____ <small>(wie verwandt)</small>	(Vor- und Nachname) _____ (Anschrift) _____ (Telefon-Nr.) _____ (Handy) _____ (Vor- und Nachname) _____ (Anschrift) _____ (Telefon-Nr.) _____ (Handy) _____
---	--

<b>10. Betreuer</b> _____ <small>(Name/Anschrift/Tel./Handy)</small> <b>bzw. Bevollmächtigter</b>	_____ _____
---	----------------

<b>11. Krankenkasse</b> <small>(gesetzlich oder privat)</small> KK-Versicherungs-Nr.	_____ Zuzahlungsbefreiung ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
---	--

<b>12. Hausarzt:</b>   Betreuung durch bisherigen Arzt im Heim gewünscht:	Name: _____ Adresse: _____ Tel: _____ Fax: _____ ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
--	--

<b>13. Monatliches Einkommen:</b>	Art des Einkommens: _____
-----------------------------------	---------------------------

<b>14. Kostenträger:</b>	Pflegekasse: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Beihilfe <input type="radio"/>
	Selbstzahler: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
	Andere: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> _____
<b>15. Unterbringung</b>	
<input type="radio"/> Einzelzimmer	festgestellter Pflegegrad: _____
<input type="radio"/> Doppelzimmer	Pflegegrad beantragt am: _____
<input type="radio"/> Doppelzimmer als Einzelzimmer mit Zuschlag	durch: _____
<input type="radio"/> Heimbedürftigkeitsattest bei PG <2	
<b>16. besteht Sturzgefahr?</b>	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
Ggf. wann zuletzt gestürzt?	_____
Bettgitter vorhanden?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Beschluss vorhanden ? <input type="radio"/>
Andere Fixierungen?	ja <input type="radio"/> welche: _____ nein <input type="radio"/> Beschluss vorhanden ? <input type="radio"/>
<b>17. Allgemeine Informationen:</b>	<u>Rollstuhl:</u> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> <u>Rollator:</u> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
	<u>andere Hilfsmittel:</u> ja <input type="radio"/> welche: _____ nein <input type="radio"/>
	<u>Inkontinenzartikel:</u> ja <input type="radio"/> * _____ nein <input type="radio"/>
	*wenn ja, wird ein Rezept benötigt, ansonsten werden Inkontinenzartikel in Rechnung gestellt
<b>18. Bemerkungen und Ergänzungen:</b>	Besteht Demenz? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
	Patientenverfügung: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
	Suchterkrankung? Alkohol <input type="radio"/> Medikamente <input type="radio"/> Nikotin <input type="radio"/> keine <input type="radio"/>
	Ansteckende Krankheit? (Hepatitis, MRSA, MRGN3, HIV,...) _____
<b>19. Anderes:</b>	
Namensschilder einnähen? ja <input type="radio"/> Stückzahl ..... nein <input type="radio"/>	
Telefon? ja <input type="radio"/> Vollamt <input type="radio"/> Halbamt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
<b>20. Zusätzliche Informationen:</b>	Dialysepflichtig ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> wenn ja, wo _____
	Allergien: ja <input type="radio"/> Welche? _____ nein <input type="radio"/>
	Wer soll im Notfall/ Todesfall benachrichtigt werden? Tagsüber <input type="radio"/> auch Nachts <input type="radio"/>
	_____

Diese Anmeldung ist unverbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.  
Der vom Arzt aktuell ausgefüllte Fragebogen liegt bei, bzw. wird schnellstens nachgereicht.

Nürnberg, den \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift des Antragstellers bzw. des Bevollmächtigten)

(Stand 01/19)