Evangelische Gesellschaft
Altenpflegeheim Wichernhaus

Freudenstädter Str. 30
70569 Stuttgart - Kaltental

Tel: 0711.68 68 748-0
Fax: 0711.67 70 580
Wichernhaus@eva-stuttgart.de

Anfrage zur Heimaufnahme

1. Name _____ Vorname _____

2. Geburtsname _____

3. Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

4. Familienstand: _____ Beruf: _____

5. Konfession _____ Staatsangehörigkeit _____

6. Personalausweis Nein ☐ Ja ☐ gültig bis _____

7. Schwerbehindertenausweis Nein ☐ Ja ☐

Grad der Behinderung _____ Merkzeichen _____

8. Meldeadresse / Wohnsitz _____
Straße Hausnummer

_____
Postleitzahl Wohnort Telefon

☐ Mietwohnung ☐ Sonstige / Betreutes Wohnen

☐ Vollstationäre Einrichtung, seit wann (Datum): _____
(Pflegeeinrichtung / Berechnung Leistungszuschlag §43c SGB XI)

9. Derzeitiger Aufenthalt (nur auszufüllen, wenn nicht mit Punkt 8 übereinstimmend)

_____
Straße Hausnummer

_____
Postleitzahl Wohnort Telefon

10. Hausarzt: _____
Name Vorname

_____
Adresse

_____
Telefon / Fax / Email

Kann dieser Arzt die Krankenversorgung im Heim weiterführen? Ja ☐ Nein ☐

11. Krankenversicherung: _____

☐ Freiwillig ☐ Pflicht ☐ Privat Versichertennummer: _____

Zuzahlungsbefreiung wegen erreichen der Belastungsgrenze: Ja ☐ Nein ☐

12. Pflegekasse: _____ Pflegegrad: _____
(Aufnahme ab PG 2)

Kopie des Bescheides beigefügt: Ja ☐ Nein ☐

13. Körperliche Einschränkungen: ☐ sehbehindert ☐ blind ☐ hörbehindert
☐ gehbehindert ☐ Rollator ☐ Rollstuhl

14. Hilfestellungen

Hauswirtschaftlich - Lebenspraktische Fähigkeiten

☐ Selbständig ☐ Unterstützung ☐ Übernahme

Pflegebedarf

☐ Selbständig ☐ Unterstützung ☐ Übernahme

Behandlungspflege

☐ Selbständig ☐ Unterstützung ☐ Übernahme

15. Gesundheitszustand (kurze Bezeichnung vorhandener Krankheiten / eines chron. Leidens / …)

_____

_____

Psychische / Psychiatrische Beeinträchtigungen:

_____

_____

Suchterkrankungen (Alkohol / Tabakwaren / Sonstige)

_____

_____

Compliance (Einschätzung der Kooperationsbereitschaft / - Fähigkeit)

Verwahrlosungstendenz – Körperhygiene / Umfeld Wohnraum

Von wem wurde der Haushalt bisher versorgt?

Sonstiger Grund für Anmeldung?

16. Wer nimmt die Anmeldung vor und in welcher Funktion steht er zum Interessenten?

Name / Adresse

Telefon / Fax / Email

Funktion

17. Angehörige und nahestehende Personen:

Beziehung	Vor- / Nachname	Anschrift	Telefon

18. Gesetzliche Betreuung ☐ ja ☐ nein ☐ angeregt am

Name

Anschrift

Telefon / Fax / Email

☐ Gesundheit ☐ Vermögen ☐ Aufenthalt ☐ Post

Betreuer Ausweis beigefügt: Ja ☐ Nein ☐

19. Einkünfte und Bezüge

Selbstzahler ☐ Sozialhilfe ☐

Bitte Adresse des zuständigen Sozialamtes angeben:

Dienststelle Adresse

Sachbearbeiterin Telefon / Fax

Wenn kein gesetzlicher Betreuer bestellt wurde:

	Betrag		Betrag
☐ LVA	_____	☐ Unfallrente	_____
☐ BfA	_____	☐ EU – Rente	_____
☐ sonstige Einkünfte	_____	☐ Witwenrente	_____

Ort, Datum Unterschrift des Interessenten / des gesetzlichen Vertreters

Einverständniserklärung: Ich erkläre mich hiermit einverstanden, dass meine Daten für sozialplanerische und statistische Zwecke anonym verwendet werden dürfen. Ja ☐ Nein ☐

Hiermit bestätige ich die Richtigkeit und Vollständigkeit aller Angaben.

Ort, Datum Unterschrift des Interessenten / des gesetzlichen Vertreters

Die Verarbeitung der Daten einschließlich ihrer Weitergabe erfolgt unter Beachtung der gesetzlichen Regelungen, insbesondere der Bestimmungen über den Datenschutz, der ärztlichen Schweigepflicht und des Sozialgeheimnisses.