



SCHLOSSPLATZ 10 78669 WELLENDINGEN	<b>W.W.Pflege e.K.</b> Pflegehaus am Schloss	
Dokument FOR-4.2.1-4_003	Titel: <b>Reservierungsanfrage zur Heimaufnahme</b>	gültig ab: 01.04.2022
Autor: KEB	Verteiler: QMB: Original	Kopie: Alle Ersetzt SOP vom: 07.09.2015


Unverbindliche Reservierungsanfrage zur Heimaufnahme	
<b>Ihre Daten:</b>	
O Frau / O Herr	
Nachname	
ggf. Geburtsname	
Vorname	
Geburtsdatum	
Konfession	
Staatsangehörigkeit	
aktuelle Adresse:	Straße, Hausnummer
	PLZ, Ort
	Telefonnummer
<b>WICHTIG!</b>	<b>Email-Adresse</b> <i>(zur Rechnungsstellung unbedingt erforderlich)</i>
Werden Sie sich in der Gemeinde Wellendingen anmelden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  Bitte melden Sie sich bei Heimaufnahme/ Einzug in der Gemeinde Wellendingen (Rathaus, Schloßplatz 1, 78669 Wellendingen) an.
Lebenssituation	<input type="radio"/> allein stehend <input type="radio"/> mit Ehe-/Lebenspartner <input type="radio"/> bei/mit Kindern
<b>Voraussichtliches Einzugsdatum</b>	
Kommen Sie selbst für die Heimkosten auf?	<input type="radio"/> ja, ich bin Selbstzahler <input type="radio"/> nein, das Sozialamt wird die Kosten tragen  Bitte versäumen Sie nicht, gleichzeitig mit der Anmeldung bei Ihrer Pflegekasse einen Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung zu stellen. Stellen Sie zusätzlich ggf. einen entsprechenden Antrag bei Ihrem zuständigen Sozialamt.
Hausarzt	
Schwerbehindertenausweis vorhanden?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Krankenkasse/Pflegekasse	

Dokument FOR-4.2.1-4_003	Erstellt/Datum KEB/01.04.2022	Geprüft/Datum PDL/01.04.2022	Genehmigt/Datum HL/01.04.2022
-----------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

SCHLOSSPLATZ 10 78669 WELLENDINGEN	<b>W.W.Pflege e.K.</b> Pflegehaus am Schloss	
Dokument FOR-4.2.1-4_003	Titel: Reservierungsanfrage zur Heimaufnahme	gültig ab: 01.04.2022
Autor: KEB	Verteiler: QMB: Original	Kopie: Alle Ersetzt SOP vom: 07.09.2015

Wurden Sie bereits in einen Pflegegrad eingestuft?	<input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 1 <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 2 <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 3 <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 4 <input type="radio"/> ja, Pflegegrad 5
Besteht bei Ihnen eine eingeschränkte Alltagskompetenz?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Beziehen Sie Ergänzungsleistungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
Bestehen gerichtliche Betreuungen?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Falls ja, für welche Bereiche?
ggf. Name und Anschrift des Betreuers <i>(Kopie des Betreuerausweises oder Vollmacht beilegen, Vor- und Zuname, Adresse angeben)</i>	
Telefonnummer des Betreuers	
<b>E-Mail Adresse des Betreuers</b> <i>(zur Rechnungsstellung unbedingt erforderlich)</i>	
<b>Daten zum Einzug</b>	
Wie dringend ist die Aufnahme?	<input type="radio"/> sehr dringend, da keine Angehörigen vorhanden sind <input type="radio"/> sehr dringend, da ich mich derzeit im Krankenhaus befinde und allein nicht mehr zurecht komme <input type="radio"/> dringend, da meine Angehörigen mit der Pflege überlastet sind <input type="radio"/> weniger dringend; dieser Antrag ist lediglich eine Voranmeldung
Haben Sie Allergien?	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Falls ja, welche?
Müssen Sie eine bestimmte	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

Dokument FOR-4.2.1-4_003	Erstellt/Datum KEB/01.04.2022	Geprüft/Datum PDL/01.04.2022	Genehmigt/Datum HL/01.04.2022
-----------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

SCHLOSSPLATZ 10 78669 WELLENDINGEN	<b>W.W.Pflege e.K.</b> Pflegehaus am Schloss	
Dokument FOR-4.2.1-4_003	Titel: Reservierungsanfrage zur Heimaufnahme	gültig ab: 01.04.2022
Autor: KEB	Verteiler: QMB: Original	Kopie: Alle Ersetzt SOP vom: 07.09.2015

Ernährungsform/Diät einhalten?	Falls ja, welche?
--------------------------------	-------------------

**wichtige Angehörige**

1.	Name / Vorname	
	Verwandtschaftsverhältnis	
	Anschrift	
	Telefonnummer	
	E-Mail Adresse	
	Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
2.	Name / Vorname	
	Verwandtschaftsverhältnis	
	Anschrift	
	Telefonnummer	
	E-Mail Adresse	
	Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden.	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein

**Was sollten wir noch unbedingt von Ihnen wissen?**

**Datum, Ihre Unterschrift**

**ggf. Datum, Unterschrift ihres Lebens- oder Ehepartner**

**ggf. Datum, Unterschrift des Betreuers**

Alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind!

Dokument FOR-4.2.1-4_003	Erstellt/Datum KEB/01.04.2022	Geprüft/Datum PDL/01.04.2022	Genehmigt/Datum HL/01.04.2022
-----------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------