



**AWO**  
**Rudi-Tonn-Altenzentrum**  
**Bonnstraße 67**  
**50354 Hürth**  
 Tel.: 02233 / 7992 - 0  
 Fax: 02233 / 7992 - 92

**Eingangsvermerke der Einrichtung**

# Anmeldung zur Aufnahme

Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden!

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Danke für Ihr Verständnis.

<b>1. Name</b> (Familienname, bei Frauen auch bitte Geburtsname angeben)	_____
--	-------

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

<b>3. Wohnung</b> (Hauptwohnsitz, polizeilich gemeldet)	_____
	Anschrift
	_____
	Telefon

<b>4. Zur Zeit in welchem Krankenhaus oder in welcher Einrichtung?</b>	_____
	Name des Krankenhauses, der Einrichtung
	_____
	Anschrift des Krankenhauses, der Einrichtung

<b>5. Geburtsdaten</b> (ggf. auch Land mit angeben)	_____	_____	_____	_____
	am		in	

<b>6. Familienstand:</b>	<input type="checkbox"/> verh.	<input type="checkbox"/> getrennt lebend	<input type="checkbox"/> geschieden	<input type="checkbox"/> verw.	<input type="checkbox"/> ledig
--------------------------	--------------------------------	--	-------------------------------------	--------------------------------	--------------------------------

<b>7. Konfession:</b>	<b>8. Staatsangehörigkeit:</b>
-----------------------	--------------------------------

<b>9. Angehörige:</b>					
_____	_____	_____	_____	_____	_____
wie verwandt?	Vorname		Zuname		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
PLZ	Ort		Straße, Nr.,		
Tel.	Tel. mobil	Fax		Mail	
_____	_____	_____	_____	_____	_____
wie verwandt?	Vorname		Zuname		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
PLZ	Ort		Straße, Nr.,		
Tel.	Tel. mobil	Fax		Mail	
_____	_____	_____	_____	_____	_____
wie verwandt?	Vorname		Zuname		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
PLZ	Ort		Straße, Nr.,		
Tel.	Tel. mobil	Fax		Mail	

<b>10. Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte nachstehend Bekannte bzw. Freunde angeben:</b>					
_____	_____	_____	_____	_____	_____
	Vorname		Zuname		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
PLZ	Ort		Straße, Nr.		
Tel.	Tel. mobil	Fax		Mail	
_____	_____	_____	_____	_____	_____
	Vorname		Zuname		
_____	_____	_____	_____	_____	_____
PLZ	Ort		Straße, Nr., Tel.		
Tel	Tel. mobil	Fax		Mail	

<b>11. Betreuer o. Bevollmächtigter</b> (Name, Anschrift, Telefon ,FAX, Mail )	_____
---	-------

<b>12. freiheitsentziehende Maßnahmen</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>13. Patientenverfügung</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>14. Bestattungsvertrag</b>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>15. Krankenkasse / Versicherten-Nr.</b>		
<b>16. Pflegekasse</b>		
Liegt für den Aufzunehmenden bereits ein Pflegegrad vor?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Wenn <b>Ja</b> , welcher Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V	
Wenn <b>Nein</b> , wurde eine Pflegebegutachtung bereits veranlaßt oder bereits durchgeführt	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<b>17. Name des Hausarztes</b>	_____ Dr. _____ _____ Anschrift _____	
<b>18. Monatliches Einkommen</b> (nach heutigem Stand)		
Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag EUR
<b>19. Kostenträger</b> (zutreffendes bitte ankreuzen)		
Die Heimkosten werden aufgebracht durch		
<input type="checkbox"/> eigenes Einkommen / Vermögen (Selbstzahler)		
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger <input type="checkbox"/> Antrag gestellt <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
<b>20. Bankverbindung</b>		
Heimkosten werden abgebucht von IBAN.:		BIG:
Bankverbindung:		
<b>21. Gewünschte Unterbringung</b>		
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer		
<b>22. Termin</b> (wann wird die Aufnahme gewünscht)		
<b>23. Diät notwendig?</b> Welche? Warum?		
<p><b>Der vom Arzt aktuell ausgefüllte Fragebogen liegt bei.</b></p> <p>_____, den _____ 20____</p> <p>Unterschrift des Antragstellers:</p> <p>Bitte, überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind, die Vormerkung zur Aufnahme erfolgt grundsätzlich erst nach Abgabe aller geforderten Unterlagen.</p> <p><b>Datenschutzrechtlicher Hinweis:</b> Kommt es nicht zur Heimaufnahme, wird dieses Dokument und damit die erhobenen Daten durch die Einrichtung vernichtet.</p>		
Für Vermerke der Einrichtung:		