

Kardinal-Diepenbrock-Stiftung

46397 Bocholt
Weberstraße 6
Tel.: 02871/ 2554-0
Fax.: 02871/ 2554-212

- Antrag auf Betreutes Wohnen**
- Antrag auf Domizil Diepenbrock**
- Antrag auf Heimaufnahme**

Nicht ausfüllen	
WLNr.:	
EZD.:	
WB.:	
Zi.:	
Bew.Nr.:	

a) **persönliche Angaben:**

Name : _____ Vorname : _____
geborene : _____ Geb. Datum : _____
Geb. Ort : _____ Fam. Stand : _____
Religion : _____ Pfarrgemeinde : _____
Nationalität : _____ Beruf : _____
Wohnort/
Postleitzahl : _____ Straße : _____
Telefon : _____ Schwerbeh. Ausweis
 ja _____ %
 nein

Derzeitiger Aufenthaltsort:

- zu Hause : _____
- Krankenhaus : _____
- Altenheim : _____

Krankenkasse : _____ von Rezeptgebühr befreit? ja
 nein

Hausarzt : _____

Anschrift/ Telefon

Angehörige :

Name : _____ Vorname : _____
Wohnort/PLZ : _____ Straße : _____
Tel. dienstl. : _____ Tel. privat : _____
weitere Angehörige :

Name : _____ Vorname : _____
 Wohnort : _____ Straße : _____
 Tel. dienstl. : _____ Tel. privat : _____

Ist eine Betreuung eingerichtet? nein ja

Ausdehnung der Betreuung: Aufenthalt Gesundheitspflege
 Finanzen Geltendmachung von Renten- und Sozialhilfeansprüchen

Betreuer :
 Name : _____ Vorname : _____
 Wohnort /PLZ : _____ Straße : _____
 Tel. dienstl. : _____ Tel. privat : _____

b) pflegerische Betreuung:

Körperpflege:	ohne Hilfe möglich	benötigt Anregung	muß über- nommen werden	Besonderheiten/Bemerkungen
Waschen :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Baden/Duschen :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mundpflege :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Prothesenpflg. :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Nagelpflege :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Rasieren :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
An/Auskleiden :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Benutzung d. Toilette :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aufstehen :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
zu Bett gehen :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Treppensteigen :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Liegt Harn- oder/und Stuhlinkontinenz vor? nein ja

Bewegung:
 Liegen eventuell Lähmungen vor ? nein ja
 wenn ja, welche ?.....

Liegt dauernde Bettlägerigkeit vor? nein ja

Werden Hilfsmittel benötigt? (z.B.Rollstuhl, Gehstock)
 nein ja
 wenn ja, welche ?.....

Orientierung:

	orientiert	nicht orientiert	nicht zu beurteilen
zeitlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
örtlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- c) bestehende Medikationen:
 Nehmen Sie z.Zt. Medikamente? nein ja
 Wenn ja, welche und in welcher Dosierung?

Medikament :	morgens	mittags	abends	zur Nacht

Welche Diagnosen / Mitteilungen sind bei Ihnen vom Arzt gestellt worden?

Benötigen Sie eine bestimmte Diät? nein ja

wenn ja, welche ?.....

Tragen Sie einen Herzschrittmacher oder Prothesen der Arme oder Beine?

nein ja

wenn ja, welche ?.....

Haben Sie ansteckende Krankheiten?

nein ja

Sind Sie durch den MDK in eine Pflegestufe eingestuft?

nein ja

wenn ja, welche ?.....

Wurde ein bereits ein Verschlechterungsantrag gestellt?

nein ja

wenn ja, wann ?.....

d) Wie möchten Sie in unserer Einrichtung wohnen?

im Doppelzimmer

im Einzelzimmer

beides möglich

e) Voraussichtlicher Kostenträger:

Selbstzahler

Sozialamt

Ich bin damit einverstanden, daß die von mir gemachten Angaben im Rahmen der Datenverarbeitung gespeichert werden.

Je nach Kostenregelung verpflichtet sich der Antragsteller innerhalb einer Woche nach der Anmeldung den Antrag auf Kostenübernahme beim zuständigen Sozialamt zu stellen und die vom Sozialamt abgestempelte Bescheinigung (siehe Anlage) wieder hier in der Einrichtung einzureichen.

Ort:

Datum:

Unterschrift:

Wenn Sie noch Fragen haben, stehen Ihnen unter den Rufnummern

02871/2554215 Herr Bröker Altenheim

02871/2554216 Frau Schmeinck Altenheim (Sekretariat)

02871/2554230 Herr Harhuis Betreutes Wohnen/Domizil Diepenbrock

zur Verfügung.

Nach der Anmeldung setzen wir uns mit Ihnen zwecks Absprache eines Termins für einen Hausbesuch in Verbindung.

Hausbesuchstermin am:

Kurzbericht des Besuchs: