

Anmeldebogen Haus St. Gallus

Zur Aufnahme in die stationäre Pflegeeinrichtung Haus St. Gallus bitten wir Sie folgenden Anmeldebogen auszufüllen.

<input type="checkbox"/> Kurzzeit- oder Verhinderungspflege Wunschtermin:	<input type="checkbox"/> Dauerpflege
--	--------------------------------------

Angaben zur Person	
Name, Vorname	
Geburtsname	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Straße, Hausnummer	
PLZ & Wohnort	
Familienstand	
Staatsangehörigkeit	
Konfession	
früherer Beruf	
Patientenverfügung <i>-bitte Kopie beifügen-</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Pflegegrad <i>-bitte Kopie der Einstufung beifügen-</i>	<input type="checkbox"/> PG 2 <input type="checkbox"/> PG 3 <input type="checkbox"/> PG 4 <input type="checkbox"/> PG 5

Angaben zu angehörigen Personen & Betreuung	
Angehörige Person 1:	
Name, Vorname	
Verwandtschaftsgrad	
Gesetzliche Betreuung zum Kunden oder Vorsorgevollmacht <i>-bitte Kopie der Urkunde beifügen-</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Aufenthalt
Straße, Hausnummer	
PLZ, Ort	
Telefon	
mobil	
geschäftlich	
E-Mail	
Information Tag	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Information Nacht	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Rechnung über Heimkosten	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Angehörige Person 2: Name, Vorname		
Verwandtschaftsgrad		
Gesetzliche Betreuung für den Kunden oder Vorsorgevollmacht <i>-bitte Kopie der Urkunde beifügen-</i>	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Aufenthalt	<input type="checkbox"/> Nein
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefon		
mobil		
geschäftlich		
E-Mail		
Information Tag	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Information Nacht	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Rechnung über Heimkosten	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
ggf. abweichender Rechnungsempfänger		

Finanzierung & Kostenträger		
Krankenkasse		
Name der Krankenkasse		
Krankenversicherungsnummer		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Höherstufungsantrag läuft	<input type="checkbox"/> ja, läuft seit	<input type="checkbox"/> Nein
Beihilfe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<i>-bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen-</i>	Beihilfestelle	
Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<i>-bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen-</i>	Sozialamt	
	Antragstellung	
	Bewilligung	
Sonstige Kostenträger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
<i>-bitte Kopie des Bewilligungsbescheides beifügen-</i>	Kostenträger	
	Leistungen	

Medizinische Informationen		
Ärztliche Versorgung		
Hausarzt		
Name, Vorname		
Straße, Hausnummer		
PLZ, Ort		
Telefon		
E-Mail		
Versorgung ist durch den aktuellen Hausarzt weiterhin gewährleistet	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstige Ärzte oder Therapeuten		
pflegerrelevante Informationen		
Diabetes	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig <input type="checkbox"/> Tablettenpflichtig	<input type="checkbox"/> Nein
Herzschrittmacher	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Allergien	<input type="checkbox"/> Ja, folgende	<input type="checkbox"/> Nein
Wunden	<input type="checkbox"/> Ja, folgende	<input type="checkbox"/> Nein
Corona-Impfung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Medizinische Diagnosen <i>-bitte Diagnoseblatt des Hausarztes beifügen-</i>		



CARITAS
SENIORENZENTRUM
ST. GALLUS

Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Hörgerät <input type="checkbox"/> rechts <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Sonstiges
-------------	---

Sonstige pflegerelevante Informationen	<input type="checkbox"/> PEG/ PEJ
--	-----------------------------------

Ort, Datum

Name, Vorname & Unterschrift