



Eingegangen am:

## Unverbindlicher Anmeldebogen

### Persönliche Daten

- Name, Vorname: \_\_\_\_\_
- Geburtsdatum / Geburtsort: \_\_\_\_\_
- Fam. stand / Konfession: \_\_\_\_\_
- Wohnort: \_\_\_\_\_
- Telefon / E-Mail: \_\_\_\_\_

### **Derzeitige Lebenssituation**

lebe alleine

bei Angehörigen

Im Wohneigentum

zur Miete (Kündigungsfrist? \_\_\_\_\_)

Versorgung durch ambulanten Pflegedienst \_\_\_\_\_ x am Tag

andere Pflegeeinrichtung/Adresse \_\_\_\_\_

### **Angehörige / Vertrauensperson** Name, Tel.Nr. und e-mail

\_\_\_\_\_

### **Bevollmächtigte Person** (sofern vorhanden) Name, Anschrift, Telefon, E-Mail:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dokumentenname: Anmeldebogen	Erstellt von: Lydia Diart	Stand vom: 04.09.2024
Version Nr. 008	Freigegeben von/am	Überprüft am:

Zlata Raics  
komm. Einrichtungsleitung  
Milchberg 21a, 82335 Berg  
Telefon 08151 261-161  
Telefax 08151 261-210  
zlata.raics@ms-klinik.de

Eingegangen am:

**Gerichtliche Betreuung** (sofern vorhanden) Name, Anschrift, E-Mail, Aufgabenkreis

(wenn möglich Kopie der Urkunde):

---

---

**Hausarzt** (Bitte Name und Telefon)

---

**Pflegegrad** \_\_\_\_\_ seit wann \_\_\_\_\_

**Krankenkasse/Pflegekasse** Name, Anschrift, Telefon, Versichertennummer

---

---

**Zuzahlungsbefreiung**  Ja  Nein

**Vorsorgevollmacht vorhanden**

**Patientenverfügung vorhanden**

**Finanzierung des Heimaufenthaltes** (z.B. Eigenmittel oder Sozialhilfe gemäß §68 BSHG, bitte Bescheid beifügen)

Nur bei einer gesicherten Finanzierung kann eine Aufnahme erfolgen, ggf. werden Nachweise eingefordert.

---

Dokumentenname: Anmeldebogen	Erstellt von: Lydia Diart	Stand vom: 04.09.2024
Version Nr. 008	Freigegeben von/am	Überprüft am:

Zlata Raics  
komm. Einrichtungsleitung  
Milchberg 21a, 82335 Berg  
Telefon 08151 261-161  
Telefax 08151 261-210  
zlata.raics@ms-klinik.de

Eingegangen am:

### Pflegerische Informationen

Toilettengang       Selbstständig       mit Hilfe

Inkontinenzmaterial  Ja     Nein

Wenn Ja, welche Firma

\_\_\_\_\_

Sonstige Hilfsmittel oder Trainingsgeräte (Aktivrollst., E-Rollst., Rollator, Motomed, ....)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### **Ist Hilfe erforderlich**

Beim Aufstehen       Ja       Nein

Bei der Körperpflege       Ja       Nein

Beim An- und Ausziehen       Ja       Nein

Beim Essen       Ja       Nein

### **Welche Therapien nehmen Sie derzeit in Anspruch?**

Ergotherapie       Physiotherapie       Logopädie

Rauchen Sie?       Ja       Nein

Wie groß sind Sie? \_\_\_\_\_      Wie viel wiegen Sie? \_\_\_\_\_

Wann stehen Sie in der Regel morgens auf? \_\_\_\_\_

Wann gehen Sie in der Regel abends ins Bett? \_\_\_\_\_

Halten Sie Mittagsruhe im Bett oder Sessel? Wenn Ja, in welcher Zeit? \_\_\_\_\_

Dokumentenname: Anmeldebogen	Erstellt von: Lydia Diart	Stand vom: 04.09.2024
Version Nr. 008	Freigegeben von/am	Überprüft am:

Zlata Raics  
komm. Einrichtungsleitung  
Milchberg 21a, 82335 Berg  
Telefon 08151 261-161  
Telefax 08151 261-210  
zlata.raics@ms-klinik.de

Eingegangen am:

**Gesundheitliche Einschränkungen**

Hörvermögen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sehvermögen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Sprachvermögen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Kognitive Veränderungen	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

**Sonstige Angaben**

Haben Sie Wünsche? / Was ist Ihnen wichtig?

---

---

---

Welche Informationen wären für uns noch interessant?

---

---

Dokumentenname: Anmeldebogen	Erstellt von: Lydia Diart	Stand vom: 04.09.2024
Version Nr. 008	Freigegeben von/am	Überprüft am: