

Adolf-Hamburger-Heim Seniorenwohn- u Pflegeheim der Israelitischen Kultusgemeinde Arno-Hamburger-Str. 1 90411 Nürnberg Tel: (09 11) 56 25 180 Fax: (09 11) 56 25 101 info@ah-heim.de	Erstgespräch: _____ Stationäre Aufnahme*: _____ KuPf*: _____ Zimmer: _____ Ärztl. Fragebogen vorhanden: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein erledigt _____
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Anmeldung zur Heimaufnahme am _____
 (Felder mit * Pflichtfelder)

1. Nachname* Geburtsname	_____ _____
2. Vorname(n*)	_____
3. Wohnung	Straße, Nr.: _____ PLZ, Ort: _____ Telefon: _____
4. Derzeitiger Aufenthalt (Krankenhaus)	_____
5. Geburtsdatum*:	geb. am: _____ Ort: _____

6. Familienstand* _____ **7. Konfession*:** _____ **8. Staatsangehörigkeit*** _____

9. Angehörige: a) _____ <small>(wie verwandt)</small> bzw. Ansprechpartner b) _____ <small>(wie verwandt)</small>	_____ <small>(Vor- und Nachname)</small> _____ <small>(Anschrift)</small> _____ <small>(Telefon-Nr.)</small> <small>(Handy)</small> _____ <small>(E-Mail)</small> _____ <small>(Vor- und Nachname)</small> _____ <small>(Anschrift)</small> _____ <small>(Telefon-Nr.)</small> <small>(Handy)</small> _____ <small>(E-Mail)</small>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10. Betreuer (Name/Anschrift/Tel./Handy) bzw. Bevollmächtigter	_____ _____
-----------------------------------------------------------------------	----------------

11. Krankenkasse* <small>(gesetzlich oder privat)</small> KK-Versicherungs-Nr.	_____ Zuzahlungsbefreiung* ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------

12. Hausarzt: Betreuung durch bisherigen Arzt im Heim gewünscht:	Name: _____ Adresse: _____ Tel: _____ Fax: _____ ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>
--------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

13. Kostenträger*:	Pflegekasse: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Beihilfe <input type="radio"/> Selbstzahler: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Andere: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> _____
14. Unterbringung <input type="radio"/> Einzelzimmer festgestellter Pflegegrad: _____ <input type="radio"/> Doppelzimmer Pflegegrad beantragt am: _____ <input type="radio"/> Doppelzimmer als Einzelzimmer mit Zuschlag durch: _____ <input type="radio"/> Heimbedürftigkeitsattest bei PG <2	
15. besteht Sturzgefahr? Ggf. wann zuletzt gestürzt? Bettgitter vorhanden? Andere Fixierungen?	ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Beschluss vorhanden? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> welche: _____ nein <input type="radio"/> Beschluss vorhanden? <input type="radio"/>
16. Allgemeine Informationen:	<u>Rollstuhl:</u> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> <u>Rollator:</u> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> <u>andere Hilfsmittel:</u> ja <input type="radio"/> welche: _____ nein <input type="radio"/> <u>Inkontinenzartikel:</u> ja <input type="radio"/> * _____ nein <input type="radio"/> *wenn ja, wird ein Rezept benötigt, ansonsten werden Inkontinenzartikel in Rechnung gestellt
17. Bemerkungen und Ergänzungen:	Besteht Demenz? ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Patientenverfügung: ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> Suchterkrankung? Alkohol <input type="radio"/> Medikamente <input type="radio"/> Nikotin <input type="radio"/> keine <input type="radio"/> Ansteckende Krankheit? (Hepatitis, MRSA, MRGN3, HIV,) _____
18. Anderes: Namensschilder einnähen? ja <input type="radio"/> Stückzahl _____ nein <input type="radio"/> Telefon? ja <input type="radio"/> Vollamt <input type="radio"/> Halbamt <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
19. Zusätzliche Informationen:	Dialysepflichtig: nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> wenn ja, wo _____ Allergien: nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> welche? _____ Coronainfekt/Covid19* nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Corona geimpft*: nein <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> Wer soll im Notfall/ Todesfall benachrichtigt werden? * tagsüber <input type="radio"/> auch nachts <input type="radio"/> _____

Diese Anmeldung ist unverbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.
 Der vom Arzt aktuell ausgefüllte Fragebogen liegt bei, bzw. wird schnellstens nachgereicht.

Nürnberg, den _____

 (Unterschrift des Antragstellers bzw. des Bevollmächtigten)

(Stand 09/2021)