

Betreutes Wohnen auf dem Seniorenhof

Seniorenhof Schulze Eggenrodde
Inh. Berthold Schulze Eggenrodde
Kirchspiel 3
48624 Schöppingen
Tel.: 02545-433
Fax:02545-1774
eggenrodde@aol.com

Mietgesuch:

- dringende Anmeldung
 gewünschter Einzugstermin _____

Der gewünschte Einzugstermin stellt weder für den Antragsteller noch für den Seniorenhof eine verbindliche Zusage dar.

Name /Vorname(n) _____

Geburtsname _____

Geburtsdaten

geboren am _____

Geburtsort _____

Adresse

Straße, Hausnummer/PLZ, Ort

Telefon _____

Derzeitiger Aufenthalt

eigene Wohnung

Krankenhaus

Reha

Familienstand

verheiratet

geschieden

ledig

verwitwet

Konfession _____

Staatsangehörigkeit _____

Angehörige/Kontaktpersonen

1. _____

Name, Vorname

wie verwandt

Adresse

Telefon (privat)

Telefon (dienstlich)

Handy

Email

2. _____
Name, Vorname **wie verwandt**

Adresse

Telefon (privat) Telefon (dienstlich)

Handy Email

Pflegeperson

1. _____
Name, Vorname **wie verwandt**

Adresse

Telefon (privat) Telefon (dienstlich)

Handy Email

Betreuer/in gem. Betreuungsgesetz oder Bevollmächtigter

Name, Vorname Grundlage (gesetz. Betreuung, Vollmacht etc)

Adresse

Telefon

Wirkungskreis Aufenthaltsbestimmung Gesundheitsfürsorge
 Vermögenssorge Behördenangelegenheiten
 Postvollmacht Sonstige: _____

(bitte Kopie des Betrauungsurkunde bzw. der Vollmacht beifügen)

Patientenverfügung ja nein (wenn ja, bitte Kopie beifügen)

Behandelnde/r Arzt/Ärztin

Name, Vorname

Adresse

Telefon

Falls ihr Hausarzt Sie in unserem Haus nicht betreuen kann, sind sie damit einverstanden, dass der zuständige Wohnbereich einen Arzt für sie auswählt.

ja nein, ich möchte folgenden Arzt: _____

Ambulanter Pflegedienst vorhanden:

ja _____

nein

ich benötige weitere Information ja nein

Tagespflegeplatz vorhanden:

ja _____

nein

ich benötige weitere Information ja nein

Krankenkasse _____

Versicherungsnummer _____

Zuzahlung zu Medikamenten befreit nicht befreit

(bitte Kopie des Befreiungsausweises beifügen)

Liegt bereits eine Pflegestufe vor? ja, Stufe _____

(bitte Kopie des Leistungsbescheides beifügen)

Falls nein, läuft bereits ein Einstufungsverfahren ja nein

Selbstzahler ja

Besteht ein Vorsorgevertrag mit einem Bestattungsinstitut nein

ja, mit dem Institut: _____

Hilfsmittel, die mitgebracht werden (zutreffendes bitte ankreuzen)

Brille / Kontaktlinsen ja nein

Hörgerät ja nein

Zahnprothese ja nein

Arm/Beinprothesen ja nein

Gehhilfen: Rollstuhl Rollator Gehstock

Herzschrillmacher

Benötigen Sie besondere Kostform?

Fettarme / salzarme Kost

Schonkost

Diabetes-Kost vegetarische Kost

Allergien / Unverträglichkeiten: _____

nicht bekannt

Fachärzte (Zahnarzt, Urologie, Orthopädie, Augenarztusw)

Sonstiges _____

Ort, Datum _____

Unterschrift _____