


 Schwesternschaft Wallmenich-Haus vom BRK e.V.	<h2>Qualitätsmanagement</h2>	<b>Qualitätshandbuch</b> 
	3.1 Aufnahme einer Bewohner*in 3.1.2.1 Anlage 1 Anmeldung mit Erstgespräch	

## Anmeldung zur Aufnahme

Datum: \_\_\_\_\_

Kurzzeitpflege

Stationäre Aufnahme

Einzugstermin: voraussichtliche Tageszeit: \_\_\_\_\_

Gesprächspartner*in	Name/Vorname
Bewohner*in	
Angehöriger (Beziehung)	
Betreuer*in/Bevollmächtigter*in	

### 1. Personalien

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geb. Name: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Geb. Ort: \_\_\_\_\_ Fam. Stand: \_\_\_\_\_ Konf.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Hausarzt\*in: \_\_\_\_\_ Fachärzte: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_\_ Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Beihilfe: ja  nein

Befreiungsausweis: ja  nein  (Versichertenkarte und Befreiungsausweis bitte mitbringen)

### 2. Anschrift der Angehörigen bzw. der Betreuer\*in/Bevollmächtigten:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Verwandtschaftsgrad: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel.1.: \_\_\_\_\_ Tel.2.: \_\_\_\_\_ Handy: \_\_\_\_\_

Vertretung bzw. Urlaubsanschrift: \_\_\_\_\_ Tel: \_\_\_\_\_

Vorsorgevollmacht bzw. Betreuung vorhanden: ja  nein  (wenn ja, bitte Kopie mitbringen)

Patientenverfügung vorhanden: ja  nein  (wenn ja, bitte Kopie mitbringen)

Richterlicher Beschluss über Fixierungsmaßnahmen vorhanden: ja  nein  (bitte mitbringen)

3. Telefon gewünscht ja  nein  Fernseher vom Haus ja  nein

4. Schwerbehindertenausweis: ja  \_\_\_\_\_ % Merkzeichen: \_\_\_\_\_ nein:

### 5. Wäsche

Wäsche im Haus waschen: ja  nein

Wäscheetiketten bestellen: ja  nein  wie viel: 100 (Minimum) Kosten: ca. 12 €

**Darauf hingewiesen, dass die Wäschenamen nach Kontrolle der Anzahl aus dem Rechnungskuvert genommen werden**

erarbeitet	geprüft u. freigegeben		Überprüfung <b>Juni 2025</b>	Seite	1/2
QMB	EL	Datum		Version	10
				Stand	06/23

