

Ortsstr. 9 ; 87733 Markt Rettenbach Tel. 08269 / 96 999 – 0 ; Fax. 08269 / 96 999 - 969

Anmeldebogen

Sie interessieren sich für den Einzug in das Marienheim Mussenhausen. Um den Aufnahmeantrag bearbeiten zu können, benötigen wir einige Angaben:

Angemeldet wird:				
Name:		Vorname(n):		
Geburtsname:		Geburtsdatum:		
Geburtsort:		Staatsangehörigk	æit:	
Religion:		FamStand:		
Adresse:				
Telefon.:				
Wer meldet an:				
O Interes	ssent selbst O Angehörig	ger: (Verwandtscl	naftsgrad)	
O weiter	e Person			
Name:		Vorname:		
Adresse:				
Telefon.:				
E-Mail:				
O Bevollmächtigt	durch Vorsorgevollmacht	O Betreuung du	urch Vormundschaftsgericht	
weitere Ansprechpartner:				

MV-xxx-xx Anmeldebogen 10/2023 Seite I von 2

Bitte Rückseite beachten!!



Ortsstr. 9; 87733 Markt Rettenbach Tel. 08269 / 96 999 – 0; Fax. 08269 / 96 999 - 969

O sofortige	Aufnahme	O baldmögliche	e Aufnahme	O vorsorgliche Anme	eldung
- 30101 tige	, which in the	- Julai Hogilalia	,	• vorsor gildrie / tillric	اع العداد
Gewünschte	e Zimmerkate	gorie?			
O Einzelzim	nmer	O Doppelzimm	ner	O Beides	
O vollstation	näre Pflege	• Kurzzeitpfleg	ge		
Wie finanzie	ren Sie den H	leimaufenthalt?			
das eige	ene Einkomme	en (Rente, Vermöge	en etc.) reich zu	r Deckung der	
Heimko	osten aus	O ja	O ne	ein	
Unterst	ützung durch	die Sozialhilfe wird	bezogen oder b	enötigt O ja	O neir
Ein ents	prechender A	ntrag wurde gestell	lt am:		
Hausarzt	Name: Adresse:				
Krankenkass					
Erhalten Sie	Leistungen au	ıs der Pflegeversiche	erung?		
O ja	in Pflegegr	ad:	seit:		
O nein					
• Antrag au	ıf Leistungen d	der Pflegeversicheru	ıng gestellt am:		
	_			wir Ihnen ein Zimmer anb im Heim nicht mehr intere	
Ditte gebell	OIC GITS DESCIT	cia, Weili Die all ell	ioi voimentuile	, and a reality ment the manufactor	200101113

MV-xxx-xx Anmeldebogen 10/2023 Seite 2 von 2



Ärztlicher Fragebogen zur Aufnahme

Name:	Vornan	ne:	Geb.datum:	
Diagnosen:				
_				
Prothesen:				
Körperlicher Zus	tand:			
Gehfähig		o ja	o teilweise	o neir
Treppensteigen i	möglich	o ja	o teilweise	o neir
Bettlägrig		o ja	o teilweise	o neir
Dekubitus		o ja		o neir
Kontrakturen		o ja		o neir
Stellen: .				
Lähmungen:				
Harninkontinenz		o ja	o teilweise	o neir
Stuhlinkontinenz	2	o ja	o teilweise	o neir
Blasenkatheter wenn ja		o ja o dauerr	nd o	o neir vorübergehend
Magensonde welche: .		o ja		o neir
Orientierung:	zeitlich:	o ja	o teilweise	o neir
	örtlich:	o ja	o teilweise	o neir
	personell:	o ja	o teilweise	o neir
	situativ:	o ia	o teilweise	o neir



Ortsstr. 9 ; 87733 Markt Rettenbach Tel. 08269 / 96 999 – 0 ; Fax. 08269 / 96 999 - 969

Mot. Unruhe		o ja		o nein
Nachts ruhig		o ja		o nein
Schlafstörungen		o ja		o nein
Weglaufneigung		o ja		o nein
Gemütslage:				
ausgeglichen		o ja	o zeitweise	o nein
freundlich		o ja	o zeitweise	o nein
aggressiv		o ja	o zeitweise	o nein
mürrisch		o ja	o zeitweise	o nein
Kommunikation:	o kontaktfreudig	o zu	rückgezogen	o isoliert
Bisherige Hilfe:				
Aufstehen, Zubettgeh	en	o ja	o zeitweise	o nein
An- und Auskleiden		o ja	o zeitweise	o nein
Waschen		o ja	o zeitweise	o nein
Baden		o ja	o zeitweise	o nein
Benützen der Toilette		o ja	o zeitweise	o nein
Essen		o ja	o zeitweise	o nein
Abhängigkeit:	o Alkohol	o Medil	kamente	o sonstiges
spez. Ernährungsform (ärztl. verordnet):			
Allgemeine Zusammenf	assung des/der Antragste	llers/in:		
Körperliche Besonderhe	iten:			
Erkrankung nach § 36 Abs 4 (Seuch R Neu G)		o ja		o nein
Allergien z.B. Nahrungsmittel, Tiere		o ja		o nein
welche:				
Sehvermögen:	G	ehör:		
 Datum	-	 Unterschri	ft (Arzt)	