

Heywinkel-Haus gemeinnützige GmbH
Bergstraße 31-33 · 49076 Osnabrück

Diakonie 
**Heywinkel-
Haus**

**Heywinkel
Haus** gemeinnützige
GmbH 
Seniorenheim

Eine diakonische
Einrichtung

Bergstraße 31-33
49076 Osnabrück
Telefon 05 41 / 9 61 13-0
Telefax 05 41 / 68 30 37
kontakt@heywinkel-haus.de
www.heywinkel-haus.de

Antrag zur Aufnahme in ein Seniorenheim

Persönliche Angaben:

Name, ggf. Geburtsname

Vorname

Straße

PLZ

Wohnort

Telefon

Familienstand

Geburtstag

Geburtsort

Religion

Staatsangehörigkeit

Pflegeversicherung bei:

Mitgliedsnummer

Arzneimittelbefreiung:

nein ja

Corona-Impfung:

nein ja

Name und Anschrift des Hausarztes:

Angehörige:

1. _____

Name

Telefon

Verwandtschaftsgrad

Adresse

Träger:
Heywinkel-Haus
gemeinnützige GmbH
Vorsitzender der
Gesellschafterversammlung:
Dr. Helge Benecke

Gerichtsstandort:
Amtsgericht Osnabrück
HRB 200 349

St.-Nr. 66/270/11100

Geschäftsführer:
Dipl.-Sozialarbeiter (FH)
Eckhard Kallert

Bankverbindung:
Sparkasse Osnabrück
KTO 15 101 368 54
BLZ 265 501 05
IBAN DE42265501051510136854
BIC NOLADE22XXX

IK 510341319

Ärztliche Bescheinigung

für die Aufnahme in ein Seniorenheim, Fax.-Nr. 0541-683037

Für Frau Herrn

Name

Vorname

Geburtstag

Diagnosen:

Benötigt die Patientin / der Patient Hilfen beim:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Treppensteigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Essen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Waschen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
An- und Auskleiden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frisieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rasieren	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aufstehen (aus dem Bett)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Zu Bett gehen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toilettengang	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ist die Patientin / der Patient desorientiert?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Zeit	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ort	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Person	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Situation	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Treten nachts Unruhezustände auf?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Ist die Patientin / der Patient bettlägerig?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Liegt Inkontinenz vor?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Harninkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Welche Medikamente müssen verabreicht werden?

Ist Diät / Schonkost erforderlich? nein ja

Welche? _____

Besteht eine ansteckende Krankheit? nein ja

Welche? _____

Besteht eine TBC-Erkrankung? nein ja

Besteht eine psychische Störung? nein ja

Welche? _____

Benötigt die Patientin / der Patient Hilfsmittel? nein ja

Welche? _____

**Besteht aus ärztlicher Sicht die Notwendigkeit einer stationären Betreuung in einer
Altenhilfeeinrichtung?**

nein ja

Bemerkungen _____

Ort, Datum

Unterschrift (Arzt)