

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

**Diakonie**   
**Heywinkel-  
Haus**

**Heywinkel  
Haus** gemeinnützige  
GmbH   
Seniorenheim

Eine Einrichtung  
der Diakonie

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

---

PLZ Wohnort

Straße

Telefon

---

derzeitiger Aufenthaltsort

Telefon

---

Geburtstag

Geburtsort

---

Religion

zugehörige Kirchengemeinde

---

Familienstand

Staatsangehörigkeit

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

Gerichtsstand:  
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

## Angehörige

1. \_\_\_\_\_  
Name Adresse Telefon Verwandtschaftsgrad

2. \_\_\_\_\_  
Name Adresse Telefon Verwandtschaftsgrad

3. \_\_\_\_\_  
Name Adresse Telefon Verwandtschaftsgrad

Besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz?

nein  ja   \_\_\_\_\_

Besteht eine Bevollmächtigung?

nein  ja   Umfang: Vermögensregelungen  
 Wohnungsangelegenheiten / Heimplatzsuche

Besteht eine Patientenverfügung nein  ja

Pflegeversicherung bei \_\_\_\_\_  
Mitgliedsnummer

Name und Anschrift des Hausarztes:

\_\_\_\_\_

Schwerbehindertenausweis nein  ja

Arzneimittelbefreiung nein  ja

**Wie werden die Heimkosten aufgebracht?**

durch eigenes Einkommen (Rente, Vermögen) Höhe \_\_\_\_\_

durch das zuständige Sozialamt

Antrag ist gestellt? nein  ja  am: \_\_\_\_\_  
Antragsdatum

Pflegekasse:

Aktuell geltender Pflegegrad \_\_\_\_\_

Antrag gestellt? nein  ja  am: \_\_\_\_\_

Antragsdatum

Zuzahlung durch Privatpersonen

\_\_\_\_\_  
Name Adresse Telefon

Bemerkung – z. B. Dringlichkeit der Aufnahme, besondere Wünsche

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Wir machen Sie darauf aufmerksam, dass Ihre Daten nach dem  
Datenschutzgesetz bei uns gespeichert werden. Wir verwenden sie ausschließlich  
für interne Zwecke und den heimüblichen Schriftverkehr.  
Durch Ihre Unterschrift erklären Sie sich damit einverstanden.

\_\_\_\_\_  
**Ort, Datum**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift**

## Ärztliche Bescheinigung für die Aufnahme in ein Seniorenheim

Für  Frau     Herrn \_\_\_\_\_  
Name                      Vorname                      Geburtstag

1. Diagnosen:

---



---

2a) 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"/>

2b) 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"/>

2c) Treten **nachts Unruhezustände** auf?

                                                                

2 d) Ist die Patientin / der Patient **bettlägerig**?

                                                                

2 e) Liegt **Inkontinenz** vor?

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**?

---

---

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

nein     ja

Bemerkungen? \_\_\_\_\_

**Ort, Datum**

**Unterschrift (Arzt)**