

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

Antrag zur Aufnahme in ein Seniorenheim

Persönliche Angaben:

Name, ggf. Geburtsname		Vorname
Straße	PLZ	Wohnort
Telefon		Familienstand
Geburtstag		Geburtsort
Religion		Staatsangehörigkeit

Pflegeversicherung bei:

Mitgliedsnummer

Name und Anschrift des Hausarztes:

Angehörige:

1.		
Name	Telefon	Verwandtschaftsgrad
Adresse		E-Mail

Diakonie
Heywinkel-
Haus

Kompetent begleiten
Zuwendung geben

Heywinkel
Haus
gemeinnützige
GmbH
Seniorenheim

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

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

Gerichtsstandort:
Amtsgericht Osnabrück
HRB 200 349

St.-Nr. 66/270/11100

Geschäftsführer:
Tim Kallert (B.A.)
Prokuristin:
Tanja Gartmann

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

IK 510341319

2:

Name	Telefon	Verwandtschaftsgrad
------	---------	---------------------

Adresse	E-Mail
---------	--------

3.

Name	Telefon	Verwandtschaftsgrad
------	---------	---------------------

Adresse	E-Mail
---------	--------

Besteht eine Arzneimittelbefreiung? nein ☐ ja ☐

Besteht eine Betreuung nach dem Betreuungsgesetz? nein ☐ ja ☐

Besteht eine Bevollmächtigung? nein ☐ ja ☐

Besteht eine Patientenverfügung? nein ☐ ja ☐

Können die Heimkosten, wie aus der anliegenden Preisliste ersichtlich, aufgebracht werden?

zum Teil ☐ komplett ☐

Wird ein Antrag beim Sozialamt gestellt? nein ☐ ja ☐

Aktuell geltender Pflegegrad _____

Antrag auf Pflegegraderhöhung gestellt? nein ☐ ja ☐

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, Fax.-Nr. 0541-683037

Für ☐ Frau ☐ Herrn

Name	Vorname	Geburtstag
------	---------	------------

Diagnosen:

Benötigt die Patientin / der Patient Hilfen beim:

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Gehen	☐	☐	☐	☐
Treppensteigen	☐	☐	☐	☐
Essen	☐	☐	☐	☐
Waschen	☐	☐	☐	☐
An- und Auskleiden	☐	☐	☐	☐
Frisieren	☐	☐	☐	☐
Rasieren	☐	☐	☐	☐
Aufstehen (aus dem Bett)	☐	☐	☐	☐
Zu Bett gehen	☐	☐	☐	☐
Toilettengang	☐	☐	☐	☐

Ist die Patientin / der Patient desorientiert?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Zeit	☐	☐	☐	☐
Ort	☐	☐	☐	☐
Person	☐	☐	☐	☐
Situation	☐	☐	☐	☐

Treten nachts Unruhezustände auf?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
	☐	☐	☐	☐

Ist die Patientin / der Patient bettlägerig?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
	☐	☐	☐	☐

Liegt Inkontinenz vor?

	nein	gelegentlich	häufig	dauernd
Harninkontinenz	☐	☐	☐	☐
Stuhlinkontinenz	☐	☐	☐	☐

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)