

Klosterhof GmbH  
-Haus der Generationen-  
Klosterhof 2  
38678 Clausthal-Zellerfeld  
**Tel.: 05323/9695-61**  
Tel.: 05323/9695-0  
Fax: 05323/9695-99

Eingangsvermerk:

## **Unverbindliche Anmeldung zur Heimaufnahme**

(Bitte beantworten Sie alle Fragen nach Möglichkeit vollständig!)

**Name:** ..... **Geburtsname:** .....

**Vorname:** .....

**Hauptwohnsitz** Straße, Hausnummer: .....

Postleitzahl, Wohnort: .....

Telefon: .....

**derzeitiger Aufenthalt:** (Krankenhaus, Heim, Angehörige) .....

.....

**geboren am:** ..... **geboren in:** .....

**Familienstand:** ..... **Konfession:** ..... **Staatsgehörigkeit:** .....

**erlernter Beruf:** .....

**zuletzt ausgeübte Tätigkeit:** .....

**letzte Eheschließung am:** ..... **in** .....

**Kopie Heiratsurkunde** .....

- zur Vorlage beim Einwohnermeldeamt -

**Kopie Geburtsurkunde** .....

- zur Vorlage beim Einwohnermeldeamt -

**Name/Beruf d. Ehemannes/Frau** .....

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
04.03.2020	Sa-We	8	04.03.2020	Seite 1

**Kranken-, Pflegekasse:** .....

(Bitte Adresse angeben) .....

**Pflegestufe:** ..... **Umstufung beantragt:** ja / nein

(Kopie beifügen)

**Letzter Arztbericht** beigelegt? ja / nein

(wenn nein bitte nachreichen)

**RV/Vers.-Nr.:** ..... **KK-Vers.-Nr. :** .....

(Kopie beifügen)

(Kopie beifügen)

**Hausarzt / Name:** .....

**Hausarzt / Anschrift / Tel.-Nr.:** .....

**Selbstzahler** ja / nein

**Antrag auf Sozialhilfe gestellt** (Kopie beifügen) ja / nein

**Kostenträger:** .....

(Bitte Adresse angeben)

**Monatliches Einkommen:** ..... Betrag in €

(Kopie beifügen)

**Rundfunk- und Fernsehgebührenbefreiung:** ja / nein

(Kopie beifügen)

**Befreiung von der Medikamentenzuzahlung etc.** ja / nein

(Kopie beifügen)

**gewünschte Unterbringung:** .....

(Ein- bzw. Zweibettzimmer)

**gewünschter Aufnahmeterrnin:** .....

**Angehörige:** 1. ....

Verw.-grad Name, Vorname Straße, Hausnummer

.....  
Postleitzahl, Wohnort Telefonnummer

2. ....

Verw.-grad Name, Vorname Straße, Hausnummer

.....  
Postleitzahl, Wohnort Telefonnummer

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
04.03.2020	Sa-We	8	04.03.2020	Seite 2

**Betreuer:** .....

(vom Gericht bestellt) Verw.-grad                      Name, Vorname                      Straße, Hausnummer

.....  
Postleitzahl, Wohnort                      Telefonnummer

(Kopie Betreuerbestellung und Betreuerausweis beifügen)

.....  
(Ort, Datum)

**Unterschrift:** .....

*Bitte den nachfolgenden Vordruck ausfüllen lassen und **vor bzw. bei** Aufnahme in der Einrichtung abgeben!!! Ohne ärztliches Zeugnis ist eine Aufnahme nicht möglich!*

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
04.03.2020	Sa-We	8	04.03.2020	Seite 3

## Ärztliches Zeugnis und Bescheinigung gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz (IfSG)

Frau / Herr Name, Vorname

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

Die **Röntgenuntersuchung** (Lungenfilm) ergab keinen Anhalt für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der Atmungsorgane.

Datum der Röntgenuntersuchung

Einrichtung

Befund

**Unabdingbar für Patienten direkt aus Krankenhäusern, Reha-Einrichtung und anderen Pflegeheimen:**

**Auf die Informationspflicht zur Keimträgerschaft wird hingewiesen (Vgl. Bundesgesundheitsblatt 12/1999, S954-958)!**

Die Laboruntersuchung ergab keinen Anhalt für das Vorliegen einer Besiedlung mit MRSA (Multiresistenter Staphylococcus aureus) und anderen infektiösen Keimen

Datum der Laboruntersuchung

Befund

Bemerkungen

Datum, Ort

Stempel und Unterschrift des Arztes

### **Paragraph 36 Abs. 4 IfSG:**

Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 bis 5 des Heimgesetzes (...) haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind.

Freigabe	Bearbeiter	Änderungsstand	Datum	Seite
04.03.2020	Sa-We	8	04.03.2020	Seite 4