

Arbeiter-Samariter-Bund Ortsverband Brandenburg an der Havel e.V.
Pflege- und Betreuungszentrum Dahlen, Pflegeheim, Dahlen 1, 14793 Gräben

Trägeranschrift:
Arbeiter-Samariter-Bund OV Brandenburg
a. d. Havel e.V.
Rosa-Luxemburg-Allee 1
14772 Brandenburg a.d. Havel

Pflege- und Betreuungszentrum Dahlen
Pflegeheim
Telefon: 033833/7480
Telefax: 033833/748198
E-Mail: pflegeheim@dahlen.asb-brb.de
Steuer-Nr. 048/141/09971

Anmeldeformular

I. Angaben zur Person (zukünftiger Bewohner):

Name: _____ Geburtstag: _____

Vorname: _____ Geburtsort: _____

Geburtsname: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: _____ Religion: _____

Bisheriger Wohnsitz: _____
PLZ, Ort, Straße und Hausnummer

Bisheriger Hausarzt: _____ Tel.-Nr. _____

Angehörige:

1. _____
Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Tel.-Nr. _____ Verwandtschaftsgrad _____

E-Mail: _____

Bankverbindung:
Brandenburger Bank
IBAN: DE65 1606 2073 0000 0317 12
BIC: GENODEF1BRB

Sitz des Vereins: Brandenburg an der Havel
Vereinsregister Amtsgericht Potsdam, Nr. VR 2784 P
Vorstand: Wolfgang Fritz Schulze (Vorsitzender),
Marko Froß (stellv. Vorsitzender),
Peter Karl Ernst (stellv. Vorsitzender)

2. _____
Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Tel.-Nr. _____ Verwandtschaftsgrad _____

E-Mail: _____

3. _____
Name, Vorname, Straße, Haus-Nr., PLZ, Ort

Tel.-Nr. _____ Verwandtschaftsgrad _____

E-Mail: _____

Besteht eine rechtliche Betreuung? _____

Wenn ja, Name und Anschrift des/r Betreuers/in _____

Aufgabenkreis: _____

Sind Vollmachten vorhanden: _____

Aufgabenkreis: _____

II. Kostenübernahme

Wurde bereits ein Bescheid auf stationäre Pflegeleistung von der Pflegekasse erteilt?

☐ ja ☐ nein ☐ wenn nein, wann beantragt

Liegt ein Bescheid über einen Pflegegrad vor?

☐ ja ☐ nein ☐ wurde am beantragt.

Wenn ja, welcher Pflegegrad?

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Bankverbindung:
Brandenburger Bank
IBAN: DE65 1606 2073 0000 0317 12
BIC: GENODEF1BRB

Sitz des Vereins: Brandenburg an der Havel
Vereinsregister Amtsgericht Potsdam, Nr. VR 2784 P
Vorstand: Wolfgang Fritz Schulze (Vorsitzender),
Marko Froß (stellv. Vorsitzender),
Peter Karl Ernst (stellv. Vorsitzender)

Sind Sie Beihilfeberechtigte(r)? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie von Rezeptgebühren befreit? ☐ ja ☐ nein

Sind Sie von Rundfunk- und Fernsehgebühren befreit? ☐ ja ☐ nein

Den monatlichen Eigenanteil am Heimentgelt in Höhe von ca. Euro kann ich aus eigenem Einkommen / Vermögen bestreiten:

☐ ja ☐ nein

Ich habe am einen Antrag auf Übernahme der Kosten beim zuständigen Sozialhilfeträger gestellt.

Kranken- bzw. Pflegekasse:

Pflegekasse: _____ Sitz der Zweigstelle: _____

Krankenkasse: _____ Sitz der Zweigstelle: _____

III. Heimvertrag:

Die Aufnahme in das ASB Pflege- und Betreuungszentrum Dahlen erfolgt durch den gesonderten Abschluss eines Heimvertrages.

Alle weiteren für den Heimeinzug notwendigen Informationen entnehmen Sie bitte der Anlage zum Anmeldeformular.

Ort, Datum

Unterschrift (zukünftiger Bewohner / rechtlicher Betreuer)

Bankverbindung:
Brandenburger Bank
IBAN: DE65 1606 2073 0000 0317 12
BIC: GENODEF1BRB

Sitz des Vereins: Brandenburg an der Havel
Vereinsregister Amtsgericht Potsdam, Nr. VR 2784 P
Vorstand: Wolfgang Fritz Schulze (Vorsitzender),
Marko Froß (stellv. Vorsitzender),
Peter Karl Ernst (stellv. Vorsitzender)

Arztstempel:

Ort, Datum _____

**Ärztliches Zeugnis
Gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz**

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ geb. am: _____

Wohnort: _____ Straße, Haus-Nr.: _____

Die Röntgenaufnahme der Atmungsorgane vom _____ ergab keinen Anhalt für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Tuberkulose der Atmungsorgane.

Bemerkung:

Unterschrift des Arztes

§ 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz

Personen, die in ein Altersheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 oder 1a des Heimgesetzes oder in eine Gemeinschaftsunterkunft für Obdachlose, Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler aufgenommen werden sollen, 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.

Bankverbindung:
Brandenburger Bank
IBAN: DE65 1606 2073 0000 0317 12
BIC: GENODEF1BRB

Sitz des Vereins: Brandenburg an der Havel
Vereinsregister Amtsgericht Potsdam, Nr. VR 2784 P
Vorstand: Wolfgang Fritz Schulze (Vorsitzender),
Marko Froß (stellv. Vorsitzender),
Peter Karl Ernst (stellv. Vorsitzender)

Ärztlicher Fragebogen

(vom zuletzt behandelnden Haus- oder Krankenhausarzt auszufüllen)

Herr / Frau _____ geb. am _____

Wohnort: _____
(PLZ, Ort, Str. u. Haus-Nr., Tel.-Nr.)

I. Gesundheitszustand

1. Körpergewicht ca. _____ kg Körpergröße _____ cm

2. Welche Hilfsmittel (z.B. Herzschrittmacher, Colostomiebeutel, Rollstuhl, Tracheostoma)
werden zurzeit benötigt: _____

3. Erforderliche Sonderkost (z.B. Diät, Sondenernährung)

4. Ist eine laufende medikamentöse Behandlung erforderlich? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche? _____

5. Ist der Patient frei von Lungentuberkulose? (s. § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz IfSG)

☐ ja ☐ nein

6. Ist der Patient frei von sonstigen ansteckenden Erkrankungen? ☐ ja ☐ nein

7. Besteht ein Dekubitus? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, seit wann, wo und welche Größe? _____

Bankverbindung:
Brandenburger Bank
IBAN: DE65 1606 2073 0000 0317 12
BIC: GENODEF1BRB

Sitz des Vereins: Brandenburg an der Havel
Vereinsregister Amtsgericht Potsdam, Nr. VR 2784 P
Vorstand: Wolfgang Fritz Schulze (Vorsitzender),
Marko Froß (stellv. Vorsitzender),
Peter Karl Ernst (stellv. Vorsitzender)

8. Besteht ein Alkoholabusus? ☐ ja ☐ nein

9. Besteht ein Medikamentenabusus? ☐ ja ☐ nein

II. Zusätzliche Angaben

1. Diagnosen: _____

2. Körperlicher / psychischer Zustand (z.B. Motorik, nächtl. Unruhe, Orientierung): _____

3. Gibt es Allergien / Unverträglichkeiten? ☐ ja ☐ nein

4. Liegt eine Stuhl- / Urininkontinenz vor? ☐ ja ☐ nein

5. Fachärztliche Betreuung notwendig? ☐ ja ☐ nein

Wenn ja, welche _____

6. Behandeln Sie den o.g. Patienten nach erfolgtem Heimeinzug weiter?

☐ ja ☐ nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Bankverbindung:
Brandenburger Bank
IBAN: DE65 1606 2073 0000 0317 12
BIC: GENODEF1BRB

Sitz des Vereins: Brandenburg an der Havel
Vereinsregister Amtsgericht Potsdam, Nr. VR 2784 P
Vorstand: Wolfgang Fritz Schulze (Vorsitzender),
Marko Froß (stellv. Vorsitzender),
Peter Karl Ernst (stellv. Vorsitzender)