



QMH-KS-01 Qualitätsmanagement- Handbuch	Katholische Stiftung Marienhospital Aachen Qualitätsmanagement	 
Stand: 11.12.2017	FO-SEN-VW-11-03 Formular Anmeldung	

Einrichtung:  Seniorenzentrum Marienheim Stolberg-Büsbach  Seniorenzentrum St. Severin Aachen-Eilendorf

Namenszu-/ vorsatz: \_\_\_\_\_ Titel: \_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Rufname: \_\_\_\_\_ Pseudonym: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geschlecht: weiblich ( ) männlich ( )

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Geburtsland: \_\_\_\_\_

Muttersprache: \_\_\_\_\_ Weitere Sprachen: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Pfarrgemeinde: \_\_\_\_\_

Derzeitiger Aufenthaltsort:  
(falls abweichend von oben) \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bis voraussichtlich: \_\_\_\_\_

Kranken- / Pflegekasse: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Beihilfeberechtigt: Ja ( ) Nein ( )



Beihilfestelle: \_\_\_\_\_

Zur Zeit bestehender Pflegegrad: keinen ( ) 1 ( ) 2 ( ) 3 ( ) 4 ( ) 5 ( )

Antrag auf Pflegegrad / Erhöhung gestellt: Ja ( ) Nein ( )

Wenn ja, am: \_\_\_\_\_

Bearbeitung: 12/2017	Freigabe: 02/2018	Seite 1 von 5
Blankenagel (QM)	Kames-Austinat (Einrichtungsleitung St. Severin), Luckei (Einrichtungsleitung Marienheim), Blankenagel (QM)	Revisionsnummer: 03

QMH-KS-01 Qualitätsmanagement- Handbuch	Katholische Stiftung Marienhospital Aachen Qualitätsmanagement	 
Stand: 11.12.2017	FO-SEN-VW-11-03 Formular Anmeldung	

## Mitteilung über die Aufnahme an die StädteRegion Aachen zur Fristwahrung bei Antrag auf Übernahme der ungedeckten Heimkosten

Gewünscht ( )

Nicht gewünscht ( )

### Hausarzt:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon:

Praxis: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Privat: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

### Facharzt für:

\_\_\_\_\_

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl / Ort: \_\_\_\_\_

Telefon:

Praxis: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Privat: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

### Betreuung / Vollmacht

1) Gesetzliche Betreuung:

Ja ( )

Nein ( )

Alle Angelegenheiten: ( )

Aufenthaltsbestimmung: ( )

Behördenangelegenheiten: ( )



Gesundheitssorge: ( )

Heimangelegenheiten: ( )

Rentenangelegenheiten: ( )

Vermögenssorge: ( )

Bearbeitung: 12/2017	Freigabe: 02/2018	Seite 2 von 5
Blankenagel (QM)	Kames-Austinat (Einrichtungsleitung St. Severin), Luckei (Einrichtungsleitung Marienheim), Blankenagel (QM)	Revisionsnummer: 03

QMH-KS-01 Qualitätsmanagement- Handbuch	Katholische Stiftung Marienhospital Aachen Qualitätsmanagement	 
Stand: 11.12.2017	FO-SEN-VW-11-03 <b>Formular Anmeldung</b>	

Wohnungsangelegenheiten: ( )

Sonstige: ( ) \_\_\_\_\_

2) Vollmacht

Ja ( )

Nein ( )

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Betreuungsverfügung: ( )

Generalvollmacht: ( )

Vorsorgevollmacht: ( )

Patientenverfügung: ( )

Postvollmacht: ( )

Bankvollmacht: ( )

Sonstige: ( ) \_\_\_\_\_

3) Regelungen

Ja ( )

Nein ( )

Notfallregelungen: ( )

Bestattungsregelung: ( )

Krankensalbung gewünscht: ( ) ( )

Körperspendeausweis: ( )

Organspendeausweis: ( )

Testament: ( )

Sonstiges: ( ) \_\_\_\_\_

**Bezugspersonen:**

1) Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon:

Privat: \_\_\_\_\_

Mobil: \_\_\_\_\_

Dienstlich: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_



e-Mail: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer: ( )

Bevollmächtigter: ( )

Bearbeitung: 12/2017	Freigabe: 02/2018	Seite 3 von 5
Blankenagel (QM)	Kames-Austinat (Einrichtungsleitung St. Severin), Luckei (Einrichtungsleitung Marienheim), Blankenagel (QM)	Revisionsnummer: 03

QMH-KS-01 Qualitätsmanagement- Handbuch	Katholische Stiftung Marienhospital Aachen Qualitätsmanagement	 
Stand: 11.12.2017	FO-SEN-VW-11-03 <b>Formular Anmeldung</b>	

2) Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: Privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Dienstlich: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer: ( ) Bevollmächtigter: ( )

3) Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ Postleitzahl: \_\_\_\_\_

Ort: \_\_\_\_\_

Telefon: Privat: \_\_\_\_\_ Mobil: \_\_\_\_\_

Dienstlich: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

e-Mail: \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsverhältnis: \_\_\_\_\_

Gesetzlicher Betreuer: ( ) Bevollmächtigter: ( )



**Gewünschte Unterbringung:**

Einzelzimmer: ( ) Doppelzimmer: ( )

Vorsorgliche Anmeldung: ( )

Dringliche Anmeldung ( ) Gewünschter Termin: \_\_\_\_\_

Bearbeitung: 12/2017	Freigabe: 02/2018	Seite 4 von 5
Blankenagel (QM)	Kames-Austinat (Einrichtungsleitung St. Severin), Luckei (Einrichtungsleitung Marienheim), Blankenagel (QM)	Revisionsnummer: 03

QMH-KS-01 Qualitätsmanagement- Handbuch	Katholische Stiftung Marienhospital Aachen Qualitätsmanagement	 
Stand: 11.12.2017	FO-SEN-VW-11-03 <b>Formular Anmeldung</b>	

**Ort:** \_\_\_\_\_ **Datum:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Aufzunehmenden**

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift des Betreuers oder  
Bevollmächtigten**

Bearbeitung: 12/2017	Freigabe: 02/2018	Seite 5 von 5
Blankenagel (QM)	Kames-Austinat (Einrichtungsleitung St. Severin), Luckei (Einrichtungsleitung Marienheim), Blankenagel (QM)	Revisionsnummer: 03