

Alten- und Pflegeheim Willig OHG  
"Haus am Kurpark"  
Salinenstraße 31-34  
31162 Bad Salzdetfurth  
Tel:(0 50 63 ) 90 86 0

## Anmeldung zum betreuten Wohnen

Haus 33   
(B-Schein frei)

Haus 38   
(B- Schein pflichtig)

Neubau 38c

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

Zuname: \_\_\_\_\_

(geborene) \_\_\_\_\_

Adresse vor Umzug ins betr. Wohnen: \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

Angehörige/  
oder Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Adresse/Telefon)

wie verwandt? \_\_\_\_\_

Angehörige/  
oder Ansprechpartner \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Adresse/Telefon)

wie verwandt? \_\_\_\_\_

Ist ein Betreuungsverfahren angeregt worden?

ja  nein

Falls ja, Name und Anschrift des Betreuers angeben:

Anschrift der Krankenkasse  
(Pflegekasse) \_\_\_\_\_

Amb. Dienst \_\_\_\_\_

Pflegegrad der Pflegekasse \_\_\_\_\_

Liegt eine Rezeptgebührenbefreiung vor? ja  nein

Liegt eine Fahrkostenbefreiung vor? ja  nein

### Körperliche Behinderungen

Rollstuhlfahrer/in   
Bettlägerig   
Hemiparese

### Hilfsmittel

Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	Toilettenaufsatz	<input type="checkbox"/>	Hörgerät	<input type="checkbox"/>
Gehstock	<input type="checkbox"/>	Sonder Pumpe	<input type="checkbox"/>	Brille	<input type="checkbox"/>
Rollator	<input type="checkbox"/>	Dauerkatheter	<input type="checkbox"/>	Pflegebett	<input type="checkbox"/>

### Beeinträchtigungen oder Funktionsstörungen

Schwerhörigkeit	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Sehschwäche	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Diabetiker / Insulinempfindlich	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Dialyse	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
Herzschrittmacher	ja	<input type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>

**Hausarzt**

\_\_\_\_\_

(Name)

\_\_\_\_\_

(Adresse/Telefonnummer)

**Fachärzte**

Neurologe

\_\_\_\_\_

Hautarzt

\_\_\_\_\_

Augenarzt

\_\_\_\_\_

Hals-, Nasen- und Ohrenarzt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

wichtige Diagnosen:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Datum

Unterschrift