

Anmeldung zur Heimaufnahme

Einrichtung: _____

_____ geplanter Einzugstermin _____ Wohnbereich / Zimmer - Nummer

Dauerpflege Kurzzeitpflege Sonstiges: _____ bis: _____

A PERSONALIEN

Vor- und Zuname(n) (Rufname bitte unterstreichen)

Geburtsname _____ Geburtsdatum _____ Geburtsort _____

Familienstand _____ Staatsangehörigkeit _____ Konfession _____ Anzahl Kinder _____

Anschrift der bisherigen Wohnung (Straße u. Haus-Nr., Postleitzahl u. Wohnort / Tel.-Nr.):

letzter Aufenthaltsort vor der Aufnahme:

zu Hause Kurzzeit- / Verhinderungspflege Sonstiges: _____
 Krankenhaus Wo? _____

B ANGEHÖRIGE / BEZUGSPERSONEN

1. _____
Vor- und Zuname _____ Verwandtschafts-/ Bekanntschaftsverhältnis _____

Postleitzahl _____ Wohnort / Stadtteil _____ Straße _____

Tel.-Nr. - privat _____ Tel.-Nr. - dienstlich _____ Handy _____ E - Mail _____

2. _____
Vor- und Zuname _____ Verwandtschafts-/ Bekanntschaftsverhältnis _____

Postleitzahl _____ Wohnort / Stadtteil _____ Straße _____

Tel.-Nr. - privat _____ Tel.-Nr. - dienstlich _____ Handy _____ E - Mail _____

3. _____
Vor- und Zuname _____ Verwandtschafts-/ Bekanntschaftsverhältnis _____

Postleitzahl _____ Wohnort / Stadtteil _____ Straße _____

Tel.-Nr. - privat _____ Tel.-Nr. - dienstlich _____ Handy _____ E - Mail _____

C PFLEGEKASSE

Name der Pflegekasse

Tel.-Nr. / Fax

Postleitzahl / Ort

Straße

Mitgliedsnummer des Versicherten

D HAUSARZT

Vor- und Zuname

Tel.-Nr. / Fax

Postleitzahl / Ort

Straße

Besteht eine Befreiung von Zuzahlungen? ja nein beantragt

Wenn ja, bis wann? _____

Besteht eine Inkontinenz? ja nein

E PFLEGEGRAD

2 3 4 5 seit wann? _____

1 keinen beantragt

Wenn beantragt, wann? _____

monatliches Einkommen (nach heutigem Stand):

| Art des Einkommens | zahlende Stelle | Betrag in EUR |
|--------------------|-----------------|---------------|
| | | |
| | | |
| | | |

Aufgrund des für die Bezahlung der Heimkosten *nicht ausreichenden Einkommens*, ist ein **Antrag auf Kostenübernahme** beim zuständigen Sozialhilfeträger zu stellen. Dieser Antrag ist so früh wie möglich zu stellen, da der Sozialhilfeträger erst ab Kenntnisnahme zur Kostenübernahme verpflichtet ist.

F KOSTENTRÄGER

SelbstzahlerIn

Sozialhilfe nach SGB XII ja nein

Wenn ja, beantragt am? _____

Wo beantragt? _____

G BETREUUNG

Besteht eine Betreuung gemäß dem Betreuungsgesetz? ja nein

Wenn ja, Angaben zur betreuenden Person:

Vor- und Zuname _____

Postleitzahl _____

Wohnort / Stadtteil _____

Straße _____

Tel.-Nr. - privat _____

Tel.-Nr. - dienstlich _____

Handy _____

E - Mail _____

Aufgabenbereiche:

- Vermögen Postvollmacht
 Aufenthaltsbestimmung gesundheitliche Fürsorge
 Sonstiges: _____

Wenn nein, liegen Vollmachten vor? ja nein

Wenn ja, welche (siehe Anlage)? _____

Liegt eine Patientenverfügung vor? ja nein

H SONSTIGE INFORMATIONEN

Ist Telefon auf dem Zimmer gewünscht? ja nein

Ist ein Besuch zu Hause / im Krankenhaus
gewünscht? ja nein

Wurde auf Haftpflichtversicherung hingewiesen? ja nein

Wird eine spezielle Ernährung benötigt? ja nein

Ist der / die BewohnerIn RaucherIn? ja nein

Liegt ein Schwerbehindertenausweis vor? ja, zu _____ % nein

Ist die Abmeldung des Rundfunkbeitrages erfolgt? ja nein

(Befreiung - Rundfunkbeitrag im Pflegeheim)

Aufnahmebogen ausgefüllt von:

Vor- und Zuname: _____

Beziehung zur angemeldeten Person:

Tochter Sohn Enkel Betreuer Sonstige: _____

Datum / Unterschrift: _____