

## INFORMATIONSBLETT ZUR HEIMAUFNAME

Das BELEGUNGSMANAGEMENT für unsere Pflegeheime:

*Toitenwinkel I, Toitenwinkel II* und *Reutershagen* sowie für den PflegeWohnPark *Groß Klein* und PflegeWohnPark *Lütten Klein* befindet sich in:

**18069 Rostock, Erich - Mühsam - Str. 11**  
**Tel.: 0381 / 8172 3000**  
**Fax: 0381 / 8172 3009**  
**andrea.jaenichen@rostocker-heimstiftung.de**  
**www.rostocker-heimstiftung.de**

Ihre Ansprechpartnerin ist **Frau Andrea Jänichen** zu folgenden **Öffnungszeiten**:

|                   |                      |                      |
|-------------------|----------------------|----------------------|
| <b>Montag</b>     | <b>08:30 - 12:00</b> | <b>13:00 - 15:00</b> |
| <b>Dienstag</b>   | <b>10:30 - 12:00</b> | <b>13:00 - 17:00</b> |
| <b>Mittwoch</b>   | <b>08:30 - 12:00</b> | <b>13:00 - 15:00</b> |
| <b>Donnerstag</b> | <b>10:30 - 12:00</b> | <b>13:00 - 17:00</b> |
| <b>Freitag</b>    | <b>08:00 - 12:00</b> | <b>13:00 - 14:30</b> |

Hier erhalten Sie die Anmeldeformulare, die bitte wieder ausgefüllt abgegeben werden müssen.

Voraussetzung für die Heimaufnahme ist der **Nachweis eines Pflegegrades (PG 2 – PG 5)**.

Wir möchten bereits an dieser Stelle darauf aufmerksam machen, dass bei *Nichtdeckung der Heimkosten* durch das monatliche Einkommen, ein *Antrag auf Kostenübernahme beim zuständigen Sozialhilfeträger* gestellt werden muss. Erst ab Antragstellung sind die Sozialhilfeträger zur Kostenübernahme verpflichtet.

### **Wichtig**

Zu den Anmeldeformularen gehört unter anderen ein „*Ärztlicher Fragebogen*“, den Sie bitte an den behandelnden Arzt weiterleiten und von diesem ausfüllen lassen.

Zu beachten ist hierbei, dass gemäß § 36 Absatz 4 Infektionsschutzgesetz vor oder unverzüglich nach Heimaufnahme ein **ärztliches Zeugnis zum Ausschluss einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose** beizufügen ist (siehe Punkt 17a des Fragebogens).

Weiterhin benötigen wir folgende *Unterlagen*:

- **Kopie der Rentenbescheide,**
- **Kopie der Pflegegradbestätigung der Pflegekasse,**
- **Umwandlung des ambulanten Leistungsanspruches in einen vollstationären Leistungsanspruch bei der Pflegekasse und**
- **Kopie der Vollmacht beziehungsweise des Betreuungsausweises.**

Vielen Dank!

Ihr Belegungsmanagement