

Anmeldung zur Heimaufnahme

Einrichtung: _____

_____ geplanter Einzugsstermin

_____ 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-/Bekanntschftsverhältnis

_____ Postleitzahl

_____ Wohnort/Stadtteil

_____ Straße

_____ Tel.-Nr. - privat

_____ Tel.-Nr. - dienstlich

_____ Handy

_____ E-Mail

2. _____
Vor- und Zuname

_____ Verwandtschafts-/Bekanntschftsverhältnis

_____ Postleitzahl

_____ Wohnort/Stadtteil

_____ Straße

_____ Tel.-Nr. - privat

_____ Tel.-Nr. - dienstlich

_____ Handy

_____ E-Mail

3. _____
Vor- und Zuname

_____ Verwandtschafts-/Bekanntschftsverhältnis

_____ 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 Kenntnisaufnahme zur Kostenübernahme verpflichtet ist.

F KOSTENTRÄGER

Selbstzahler
 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 ein Telefon auf dem Zimmer gewünscht? ja nein
Wurde auf die Haftpflichtversicherung hingewiesen? ja nein
Wird eine spezielle Ernährung benötigt? ja nein
Ist der Bewohner Raucher? 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