

## 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 Kenntnisnahme 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