

Anmeldung zur Aufnahme

Bitte füllen Sie den Anmeldebogen vollständig aus. Im Falle eines kreuzen Sie bitte Zutreffendes an.
Sollten Sie hierzu Fragen haben bzw. Hilfe benötigen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Anmeldung zur Aufnahme

- | | |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer |
| <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege | <input type="checkbox"/> Tagespflege |
| <input type="checkbox"/> Beschützender Bereich | <input type="checkbox"/> Wohnbereich |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege | <input type="checkbox"/> Pflegewohnen |

Von der Einrichtung zu bearbeiten:

Zimmer Nr.:	_____
Vertragsdatum:	_____
Einzugsdatum:	_____
Telefon KUPF:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein

Gewünschter Einzugstermin:

1. Persönliche Daten der Interessentin / des Interessenten

Familienname / Titel: _____

Vorname(n)
(Rufname unterstreichen): _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____

Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: verheiratet ledig geschieden verwitwet

Konfession / Religion: evangelisch röm.-kath. andere keine

Derzeitige Wohn- / Postanschrift:

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

☎ Telefon-Nr. _____

☎ Fax-Nr. _____

☎ Mobil-Nr. _____

Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend von Wohnanschrift):

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

☎ Telefon-Nr. _____

☎ Fax-Nr. _____

2. Angehörige / Ansprechpartner

- 2.1 EhepartnerIn BetreuerIn GeneralbevollmächtigteR

Familienname, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

☎ Telefon-Nr. (privat) _____

☎ Telefon-Nr. (geschäftl.) _____

☎ Mobil-Nr. _____

Verwandtschaftsgrad / Beziehung _____

2.2 Familienname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefon- Nr. (privat)

☎ Telefon- Nr. (geschäftl.)

📱 Mobil-Nummer

Verwandtschaftsgrad / Beziehung

2.3 Familienname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefon- Nr. (privat)

☎ Telefon- Nr. (geschäftl.)

📱 Mobil-Nummer

Verwandtschaftsgrad / Beziehung

2.4 Familienname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefon- Nr. (privat)

☎ Telefon- Nr. (geschäftl.)

📱 Mobil-Nummer

Verwandtschaftsgrad / Beziehung

3. Krankenversicherung

Vers. Nr.

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

4. Kostenträger

4.1 Pflegeversicherung

Anschrift (falls abweichend von Krankenversicherung):

4.1.1 Liegt bereits eine Einstufung vor?

Ja

Nein

Ambulante Pflegestufe:

Stationäre Pflegestufe

4.1.2 Liegt bereits eine **Schnelleinstufung** vor.

Ja

Nein

4.1.3 Ein **Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung** wurde gestellt am:

4.1.4 Ein Antrag für die **Kurzzeitpflege** wurde gestellt am:

4.2 Finanzierung

Eigenfinanzierung

Sozialhilfe

Andere

Rechnungsempfänger:

Bewohner

Betreuer

Bevollmächtigter

Einzugsermächtigung wird mit Abschluss des Heimvertrages erteilt:

Rentenversicherungsträger:

Altersrente

Witwenrente

Zusatzrente

4.3 Öffentliche Kostenträger

4.3.1 Die Kostenübernahme durch den **Sozialhilfeträger** wurde beantragt am: Nein

5. Bisheriger Hausarzt

Titel, Familienname, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

☎ Telefon- Nr. _____ ☎ Fax-Nr. _____

☎ Mobil-Nr. _____

Weiterbehandlung im Heim wird fortgeführt Ja Nein
(Bitte im **Vorfeld** mit Hausarzt klären)

5.1 Wenn nein, weiterbehandelnder Arzt nach Heimaufnahme

Titel, Familienname Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

☎ Telefon- Nr. _____ ☎ Fax-Nr. _____

☎ Mobil-Nr. _____

6. Regelungen im Sterbefall

6.1 Haben Sie eine Bestattungsvorsorge getroffen?

Nein Ja Institut: _____ Vertrags Nr. _____

6.2 Im Sterbe- / Todesfall ist / sind sofort zu verständigen:

siehe 2.1 siehe 2.2 siehe 2.3

Falls abweichend, folgende Person(en)

Familienname, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

☎ Telefon-Nr. (privat) _____ ☎ Telefon- Nr. (geschäftl.) _____

☎ Mobil-Nummer _____

Verwandtschaftsgrad / Beziehung _____

6.3 Der gesamte Nachlass / Zimmerräumung wird geregelt durch:

siehe 2.1 siehe 2.2 siehe 2.3

Falls abweichend, folgende Person(en)

Familienname, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

☎ Telefon- Nr. (privat) _____ ☎ Telefon- Nr. (geschäftl.) _____

☎ Mobil-Nummer _____

Verwandtschaftsgrad / Beziehung _____

7. Eingehende Post

- An die / den BewohnerIn aushändigen Im Stationszimmer / Pforte hinterlegen
- Auf Kosten der Bewohnerin / des Bewohners weiterleiten an:
-

8. Unterlagen / Anlagen

8.1 Folgende Unterlagen bitten wir im Original vollständig an uns zurückzuleiten.

- Ärztlicher Fragebogen
- Aktuelle vom Arzt unterschriebene Medikamentenverordnung
- Einzugsermächtigung
- Einverständniserklärung „Fotografische Wunddokumentation“
- Kenntnisnahmeerklärung Abrechnung, Hausordnung
- Biographiebogen

8.2 Folgende Unterlagen müssen in Kopie beigelegt werden

- Einstufungsbescheid Pflegeversicherung (ggf. Schnelleinstufung, Antragsstellung)
- Falls zutreffend Bewilligungsbescheid der Krankenkasse für die Kurzzeitpflege
- Rentenbescheide **bei Sozialhilfe zwingend erforderlich** (Altersrente, Witwenrente, Zusatzrente)
- Ggf. Antragsstellung Sozialhilfe
- Ggf. Kostenübernahmeerklärung Unfallversicherung
- Ausweise (Personalausweis, ggf. Reisepass)
- Ggf. Beschlüsse / Vollmachten
- (Fixierungsbeschlüsse, gültiger Betreuerausweis, Beschluss beschützende Unterbringung, Generalvollmacht, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung u.a.m.)
- Gebührenbefreiung (Rezept, Praxis, Heil- und Hilfsmittel, GEZ, Telefon)
- Medizinische Ausweise
- (Impfpass, Marcumar, Herzschrittmacher, Diabetes, Allergie, Röntgen, Dialyse)
- Arzt- / Krankenhausberichte
- Krankenversicherungskarte (Original bitte bei Einzug mitbringen)

8.3 Folgende Anlagen verbleiben bei Ihnen

- Informationsbroschüre der Einrichtung
- Informationsblatt Kosten
- Hausordnung und wichtige Informationen
- Informationsblatt „Fotografische Wunddokumentation“
- Informationsblatt „Mitzubringen sind ...“
- Evtl. Hauszeitung

9. Sonstiges:

Falls Inkontinenzmaterialien benötigt werden, bitten wir Sie, sich/ für Ihren Angehörigen vom Hausarzt vor dem Heimeinzug eine entsprechende Verordnung ausstellen zu lassen.

Ort, Datum

Unterschrift der Interessentin / des Interessenten

Ort, Datum

Unterschrift der Betreuerin bzw. der Bevollmächtigten
Unterschrift des Betreuers bzw. des Bevollmächtigten