

## Anmeldung zur Heimaufnahme

### Einrichtung:

\_\_\_\_\_

geplanter Einzugstermin

\_\_\_\_\_

Wohnbereich / Zimmer - Nummer

Dauerpflege     Kurzzeitpflege     Sonstige 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    Verwandtschaftsverhältnis

\_\_\_\_\_

Postleitzahl    Wohnort / Stadtteil    Straße

\_\_\_\_\_

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

2. \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname    Verwandtschafts./ Bekantschaftsverhältnis

\_\_\_\_\_

Postleitzahl    Wohnort / Stadtteil    Straße

\_\_\_\_\_

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

3. \_\_\_\_\_

Vor- und Zuname    Verwandtschafts./ Bekantschaftsverhältnis

\_\_\_\_\_

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**

o 2      o 3      o 4      o 5      **seit wann?** \_\_\_\_\_  
o 1      o keinen      o beantragt  
**Wenn beantragt, wann?** \_\_\_\_\_

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**

o SelbstzahlerIn  ja  nein  
o Sozialhilfe nach SGB XII

Wenn ja, beantragt am? \_\_\_\_\_

Wo beantragt? \_\_\_\_\_

## G BETREUUNG

Besteht eine Betreuung gemäß dem Betreuungsgesetz?  ja  nein  
 Wennja, 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

Wennja, welche (siehe Anlage)? \_\_\_\_\_

Liegt eine Patientenverfügung vor?

ja

nein

## H SONSTIGE INFORMATIONEN

Ist Telefon auf dem Zimmer gewünscht?

ja

nein

Wurde auf eine Haftpflichtversicherung hingewiesen?

ja

nein

Wird eine spezielle Ernährung benötigt? Ist der /die  
 Bewohnerin Raucherin?

ja

nein

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: \_\_\_\_\_