

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? o ja o nein o beantragt
 Wenn ja, bis wann? _____

Besteht eine Inkontinenz? o ja o 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 o ja o 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: _____

