Anmeldeformular **Blatt – 1 –**

Anmeldung zur Vollstationären Pflege ab: _____

Anmeldung zur Kurzzeitpflege von: _____ bis _____

Anmeldung zur Verhinderungspflege von: _____ bis _____

Anmeldung zur KZP SGB V § 39 c von: _____ bis _____
(Nur nach Krankenhausaufenthalt PG 0 und 1)

Gewünschte Unterbringung: Doppelzimmer ☐ Einzelzimmer ☐

Angaben zur Person:

_____ _____
Name Vorname

_____
Adresse

_____ _____ _____
Geburtsdatum Geburtsort Geburtsname

_____ _____ _____
Staatsangehörigkeit Konfession ehemaliger Beruf

_____ _____ _____
Familienstand wenn verheiratet, seit wann Ort der Eheschließung

Corona-Impfung:
1. Impfung ☐ 2. Impfung ☐
Nachimpfung ☐ keine Impfung ☐

Derzeitiger Aufenthalt: ☐Zuhause ☐anderes Heim ☐ Krankenhaus ☐ Reha

Einstufung durch Pflegekassen vorhanden (Bescheid bitte beifügen):

Stationärer Pflegegrad ☐_____; ambulante
Pflegegrad ☐_____; kein Pflegegrad ☐

Leistungen der Pflegekasse beantragt: Ja, seit: _____ Nein ☐
Beantragte Leistungen: Dauerpflege ☐ Verhinderungspflege ☐

Anmeldeformular **Blatt – 2 –**

Zuständige Ansprechpartner, Kinder, nächste Angehörige

1._____ _____ _____
Name Vorname wie verwandt

_____ _____ _____
Telefon Fax E-Mail

_____ _____ _____
PLZ Wohnort Straße

2._____ _____ _____
Name Vorname wie verwandt

_____ _____ _____
Telefon Fax E-Mail

_____ _____ _____
PLZ Wohnort Straße

3._____ _____ _____
Name Vorname wie verwandt

_____ _____ _____
Telefon Fax E-Mail

_____ _____ _____
PLZ Wohnort Straße

Wäsche

Bitte lesen Sie sich im Anhang die Information zur Wäsche durch

Bemerkungen:_____

Anmeldeformular **Blatt – 3 –**

Angaben zu Betreuung/Vollmachten/Verfügungen/Beschlüssen:

Gesetzliche Betreuung gemäß Betreuungsgesetz: ☐ Ja ☐Nein

Wichtig! Wenn ja, Betreuungsausweis/-urkunde in Kopie beifügen!

Vorsorgevollmacht Generalvollmacht Patientenverfügung

Wichtig! Wenn ja, bitte Kopie beifügen!

Anschrift des Betreuers/Bevollmächtigten:

_____ _____
Name Vorname

_____ _____ _____
PLZ Wohnort Straße

_____ _____ _____
Telefon Fax E-Mail

Wirkungskreis des Betreuers/Bevollmächtigten:

Gesundheitsfürsorge Vermögenssorge _____

Bettseitenschutz, Fixierung o.ä. seit: _____

Bitte wählen Sie aus, wie mit der Post verfahren werden soll

Post an der Pforte hinterlegen ☐

Post an Betreuer versenden (gegen übliche Portogebühren) ☐

Wir weisen ausdrücklich darauf hin, dass wir keine rechtliche oder sonstige Verantwortung übernehmen können für Terminversäumnisse, die durch verspätet abgeholte Post eingetreten sein können bzw. daraus eventuell entstehende Folgen.

Falls sie keine Auswahl treffen, wird die Post an den Betreuer versendet.

An wen soll die Rechnung geschickt werden:

_____ _____
Name Vorname

_____ _____ _____
PLZ Wohnort Straße

_____ _____ _____
Telefon Fax E-Mail

Angaben zur Kranken- bzw. Pflegekasse und Beihilfeberechtigung

_____ _____ _____
Krankenkasse KV-Nr. Beihilfestelle

_____ _____ _____
PLZ Ort Straße

Chip-Karte erhalten ☐ Ja ☐ Nein
Rezeptgebühr befreit ☐ Ja ☐ Nein ☐ beantragt
Hausarzt / Fachärzte:

_____ _____
Name Fachrichtung

_____ _____ _____
PLZ Ort Straße

_____ _____
Name Fachrichtung

_____ _____ _____
PLZ Ort Straße

Übernahme der Kosten:

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

Rente (bitte Kopie des Rentenbescheides beifügen)

Rententräger: Renten-Nr./- Zeichen:

_____ _____ €/Monat _____

_____ _____ €/Monat _____

Pflegekasse Grad:_____ Beihilfeberechtigung €/Monat _____

Falls obige Beträge nicht ausreichen, bitte weitere Hinweise:

Sonstige Kostenträger:_____ €/Monat _____

Zahlungen aus Vermögen €/Monat _____

(Sparguthaben, Lebensversicherungen, Haus-/Grundbesitz, Mieteinnahmen, Wertpapiere usw.)

Zahlungen vom Sozialamt

☐ müssen noch beantragt werden
☐ wurden beantragt am _____

Die Kostenverpflichtungserklärung liegt bei ☐; wurde beantragt am:_____

Anschrift des zuständigen Sozialamtes:

_____ _____ _____
Behörde Abteilung AZ

_____ _____ _____
PLZ Ort Straße

Barbetrag zur persönlichen Verfügung für Friseur/Fußpflege wird hinterlegt ?
☐ Ja☐ Nein

Wünschen Sie Telefon?

Grundgebühr € 14,32 / Monat ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie damit einverstanden, dass Geburtsdaten an kirchliche Institutionen weitergegeben werden: ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie damit einverstanden, dass die Adresse des Ansprechpartners/Betreuers im Bedarfsfall an ein Krankenhaus weitergegeben werden ☐ Ja ☐ Nein

Sind Sie Raucher? ☐ Ja ☐ Nein

Ist eine Aufklärung über Rauchverbot und Raucherraum erfolgt? Ja ☐ Nein ☐

Bitte geben Sie an, wo folgende Urkunden aufbewahrt werden:

Personalausweis _____

Personenstandsurkunde_____

Haftpflichtversicherung _____ **(notwendig)**

8) Biographiebogen

Mit dem Einzug in unsere Einrichtung beginnt für den Bewohner ein neuer Lebensabschnitt.
Biographiedaten helfen uns, uns auf den Bewohner einzustellen.
Kennen wir Gewohnheiten, Vorlieben und Abneigungen des neuen Bewohners, lassen sich Missverständnisse direkt zu Beginn des Heimaufenthaltes vermeiden.
Auch das Wissen über einschneidende Erlebnisse oder bedeutende Lebensabschnitte kann hilfreich sein den Menschen und seine Reaktionen besser zu verstehen.
Das ist besonders dann wichtig, wenn der Bewohner nicht oder nur eingeschränkt in der Lage ist sich sprachlich mitzuteilen.
Das Ausfüllen des Fragebogens ist selbstverständlich freiwillig.
Im Rahmen unsere Pflegeüberleitung helfen wir Ihnen gerne bei der Beantwortung der Fragen.

Datum **Unterschrift**

9. Checkliste

Für Ihre Aufnahme in unserem Haus benötigen wir ausgefüllt und unterschrieben:

	Liegt bei:	wird nachgeliefert:
Anmeldeformular	☐	☐
Nachweis Corona Impfung	☐	☐
Heimvertrag und Anlagen 1-6	☐	☐
Biographiebogen	☐	☐
Einstufungsbescheid der Pflegekasse	☐	☐
Ärztlicher Fragebogen	☐	☐
Versichertenkarte (am Einzugstag)	☐	☐
Rezeptgebührenbefreiung (falls vorhanden)	☐	☐
Betreuungsausweis / Vorsorgevollmacht (falls vorh.)	☐	☐
Patientenverfügung (falls vorhanden; wir raten an, diese vor dem Einzug aufzusetzen)	☐	☐
Rentenbescheid	☐	☐

Bitte beachten Sie, dass die Wäsche der Bewohner vor dem Einzug an der Pforte abgegeben werden muss, um gekennzeichnet zu werden.

FÜR NICHT GEKENNZEICHNETE WÄSCHE ÜBERNEHMEN WIR KEINE HAFTUNG