



Anmeldung zur Heimaufnahme

- vollstationäre Pflege
 Kurzzeitpflege
von _____ bis _____

gewünschter Zeitpunkt: sofort ab _____

gewünschte Wohnform: Einzelzimmer Zweibettzimmer

1. Personalien

Familienname: _____ Geburtsname: _____

Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Kreis: _____

2. Wohnsitz

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____ Telefon: _____

derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus, etc.): _____

3. Familienstand

ledig verheiratet verwitwet geschieden

4. Anzahl der Kinder: _____

5. Konfession:

römisch-katholisch evangelisch sonstige _____

6. Staatsangehörigkeit: _____

7. Krankenkasse: _____

Mitgliedsnummer: _____

8. Pflegekasse: _____

9. Angaben zur Pflegeversicherung:

Wurde ein Antrag auf Leistungen gestellt? ja nein

Liegt eine Leistungszusage Ihrer Pflegeversicherung vor? ja nein

Wenn „ja“, für welchen Pflegegrad?

Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3
Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Liegt die „Notwendigkeitsbescheinigung zum Heimeinzug“ des Medizinischen Dienstes (MDK) Ihrer Pflegekasse vor? ist beantragt ja nein

10. Mit wem ist Rücksprache zu führen?

Angehörige	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
Name	_____	_____	_____
Vorname	_____	_____	_____
wie verwandt	_____	_____	_____
Straße	_____	_____	_____
PLZ/Wohnort	_____	_____	_____
Telefon privat	_____	_____	_____
Tel. dienstlich	_____	_____	_____
Mobil	_____	_____	_____

11. Betreuung / Vollmacht

Eine Betreuung liegt vor ja nein ist beantragt

Eine Vollmacht liegt vor ja nein

Eine Patientenverfügung liegt vor ja nein

Betreuer/Bevollmächtigter:

Name: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ / Ort: _____

Bitte Kopie der Betreuungsurkunde / Vollmacht und Patientenverfügung beifügen!

Aufgabenkreis:

Vermögenssorge Aufenthalt Gesundheit sonstiges

12. Ärztliche Versorgung durch (bitte Hausarzt und Fachärzte angeben):

Hausarzt: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Facharzt: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Facharzt: _____ Telefon: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

13. Erklärung zur Heimfinanzierung

Monatliches Einkommen:

Art des Einkommens

Betrag

Vermögen: ja nein

Grundbesitz: ja nein

Sparguthaben: ja nein Betrag: _____

Die Heimkosten werden finanziert durch:

Selbstzahlung Sozialhilfe

Der Sozialhilfeantrag wurde gestellt am: _____

Der Sozialhilfeantrag wird umgehend gestellt:

Ein Einzug ist grundsätzlich nur nach Klärung der Finanzierung möglich.

Wir beraten Sie gerne!

Bitte reichen Sie diesen Antrag zusammen mit dem vom derzeitig behandelnden Arzt ausgefüllten Pflegeüberleitungsbogen und der Erklärung zur Heimfinanzierung ein.

Ort, Datum

Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers

Unterschrift des Betreuers / Bevollmächtigten

Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers

Bemerkungen:

Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung ohne den vom Arzt / Ärztin ausgefüllten Bogen nicht vollständig ist. Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie von uns **keine** schriftliche Bestätigung. Bitte halten Sie im eigenen Interesse Kontakt zu unserer Einrichtung. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Verarbeitung und Nutzung der in diesem Bogen angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Heimaufnahme zu.