

Anmeldung zur Aufnahme

Anlage zu OA Heimaufnahme

Bitte füllen Sie den Anmeldebogen vollständig aus. Im Falle eines kreuzen Sie bitte Zutreffendes an. Sollten Sie hierzu Fragen haben bzw. Unterstützung 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"/> Rüstigenbereich |
| <input type="checkbox"/> Beschützender Bereich | <input type="checkbox"/> Pflegewohnen |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege | <input type="checkbox"/> Service Seniorenwohnen |

Von der Einrichtung zu bearbeiten:

Zimmer Nr.: _____

Vertragsdatum: _____

Einzugsdatum: _____

Gewünschter Einzugsstermin: _____

1. Persönliche Daten der*des Interessent*in

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 _____

 Telefonnummer _____

 Fax-Nr. _____

 Mobilfunknummer _____

Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend von Wohnanschrift):

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

 Telefonnummer _____

 Fax-Nr. _____

2. Angehörige / Ansprechpartner*innen

Ehepartner*in Betreuer*in Generalvollmacht

2.1 Familienname, Vorname _____
 Verwandtschaftsgrad / Beziehung _____
 Straße, Hausnummer _____
 PLZ, Ort _____
 ☎ Telefon (privat) _____ ☎ Telefon (Arbeit) _____
 📠 Mobilfunknummer _____
 @ E-Mail-Adresse _____

Betreuer:in Generalvollmacht

2.2 Familienname, Vorname _____
 Verwandtschaftsgrad / Beziehung _____
 Straße, Hausnummer _____
 PLZ, Ort _____
 ☎ Telefon (privat) _____ ☎ Telefon (Arbeit) _____
 📠 Mobilfunknummer _____
 @ E-Mail-Adresse _____

Betreuer*in Generalvollmacht

2.3 Familienname, Vorname _____
 Verwandtschaftsgrad / Beziehung _____
 Straße, Hausnummer _____
 PLZ, Ort _____
 ☎ Telefon (privat) _____ ☎ Telefon (Arbeit) _____
 📠 Mobilfunknummer _____
 @ E-Mail-Adresse _____

Betreuer*in Generalvollmacht

2.4 Familienname, Vorname _____
 Verwandtschaftsgrad / Beziehung _____
 Straße, Hausnummer _____
 PLZ, Ort _____
 ☎ Telefon (privat) _____ ☎ Telefon (Arbeit) _____
 📠 Mobilfunknummer _____
 @ E-Mail-Adresse _____

3. Krankenversicherung

Krankenversicherung

Name

Vers. Nr.:

gesetzlich versichert

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

Vers.-Karte gültig bis _____

4. Pflegeversicherung / Finanzierung Eigenanteil

4.1 Liegt bereits eine Einstufung für einen Pflegegrad (PG) vor?

PG 1

PG 2

PG 3

PG 4

PG 5

Nein

Handelt es sich um eine **Schnelleinstufung**? Ja Nein

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

Ein Antrag für **Kurzzeitpflege** wurde gestellt am: _____

Kurzzeitpflege ist bereits bewilligt, der Bescheid liegt bei _____

4.2 Finanzierung (bitte auch separates Blatt „Erklärung zum Einkommen“ ausfüllen)

Eigenfinanzierung

Sozialhilfe

Andere

Rechnungsempfänger:

Bewohner

Betreuer

Bevollmächtigter

Rechnungsversand per Mail (muss zusätzlich im Heimvertrag, Anlage 3 vereinbart werden)

SEPA-Lastschriftmandat wird mit Abschluss Heimvertrag erteilt Ja

Rentenversicherungsträger: _____

Altersrente

Witwenrente

Betriebsrente

Zusatzrente

4.3 Öffentliche Kostenträger

Kostenübernahme durch den **Sozialhilfeträger** wurde beantragt am: _____

Nein

Ein Aktenzeichen des Sozialhilfeträgers liegt vor: _____

5. Bisheriger Hausarzt

Titel, Familien-, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

 Telefonnummer _____

 Fax _____

 Mobilfunknummer _____

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

Ja

Nein

5.1 Wenn nein, weiterbehandelnder Arzt nach Heimaufnahme

Titel, Familien-, Vorname _____

Straße, Hausnummer _____

PLZ, Ort _____

 Telefonnummer _____

 Fax _____

 Mobilfunknummer _____

erstellt am: 27. Februar 2019	geändert am: 16. Januar 2024	freigegeben am: 07.02.2024	Version: 5
erstellt von: PÜL-Runde	geändert von: Thomas Liebhart	freigegeben von: Bewohnerverwaltungsrunde	Seite 3 von 4

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)

Familien-, Vorname _____
 Straße, Hausnummer _____
 PLZ, Ort _____
 ☎ Telefonnummer (privat) _____
 ☎ Telefon (geschäftlich) _____
 📱 Mobilfunknummer _____
 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)

Familien-, Vorname _____
 Straße, Hausnummer _____
 PLZ, Ort _____
 ☎ Telefonnummer (privat) _____
 ☎ Telefon (geschäftlich) _____
 📱 Mobilfunknummer _____
 Verwandtschaftsgrad / Beziehung _____

7. Eingehende Post

- An die:den Bewohner:in aushändigen
- Im Pflegestützpunkt / Stationszimmer zur Abholung hinterlegen
- An der Pforte / am Empfang zur Abholung hinterlegen
- Kostenpflichtiger Versand an Angehörige / Betreuer:in

8. Nutzung hauseigener Telefonanschluss

Falls dies von der Einrichtung angeboten wird:

Ich möchte einen hauseigenen Telefonanschluss nutzen Ja Nein

Bitte beachten Sie:

Diese Anmeldung verfällt ein Jahr nach Anmeldedatum, wenn Sie uns nicht vorher mitteilen, dass Sie weiterhin Interesse an einem Platz haben – dann verlängert sich die Gültigkeit der Anmeldung jeweils um ein weiteres Jahr.

Ort, Datum

Unterschrift des Interessenten

Ort, Datum

Unterschrift des Betreuers bzw. des Bevollmächtigten

erstellt am: 27. Februar 2019	geändert am: 16. Januar 2024	freigegeben am: 07.02.2024	Version: 5
erstellt von: PÜL-Runde	geändert von: Thomas Liebhart	freigegeben von: Bewohnerverwaltungsrunde	Seite 4 von 4