

Anmeldung

Heimaufnahme Kurzzeitpflege



Gewünschter Aufnahmetermin zur vollstationären Pflege:

Gewünschte Aufnahmezeit:

Gewünschter Zeitraum zur Kurzzeitpflege vom bis

Zimmer-Nr.: Station:

Wünschen Sie bei Nichterfüllung des Aufnahmetermins eine Übernahme in die Warteliste.

ja nein

Grunddaten

Name, Vorname					
Straße, Haus-Nr., PLZ Wohnort Telefon-Nr.					
Derzeitiger Aufenthaltsort					
Geburtsname/Geburtsort					
Geburtsdatum		Familienstand		Konfession	

Bezugsperson (evtl. Vollmacht/Betreuerausweis vorlegen)

Name, Vorname	Adresse u. Telefon	Beziehungsart	erhält Rechnung	Vollmacht (V) Betreuung (B)	nachts melden?

* weitere Bezugspersonen s. Anhang

Behandelnde Ärzte (Name, Adresse, Telefon)

Hausarzt	
Zahnarzt	Wenn vorhanden, bitte Bonusheft mitbringen!
Sonstige	

Patientenverfügung:

ja nein

Krankenkasse		
Mitgliedsnummer		
Pflegegrad bereits vorhanden?	Ja, seit	Pflegegrad:
Pflegegrad wird/wurde beantragt am:		
Antrag auf vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege wurde/ wird gestellt am:		
Besteht Beihilfeberechtigung? Wenn ja, wie viel Prozent?		

Übernahme des Heimentgeltes durch:

Pflegekasse Monatliches Einkommen, Barvermögen Sozialamt Sozialhilfeantrag gestellt? nein ja
 welches Sozialamtaktuelle Rentenbescheide bitte in Kopie vorlegen
 Erfolgt eine Umstellung der Rentenzahlung auf das Konto des Pflegeheimes? nein ja
 Wird ein Wohngeldantrag gestellt? nein ja, die Mietbescheinigung wird vom Pflegeheim direkt an das Sozialamt geschickt

Welche Befreiungen liegen vor?

Fahrtkosten Medikamentenzuzahlungen Heil- und Hilfsmittel Rundfunkgebühren

	Ja	Nein	Info
Ausschließlich Sondenernährung?			
Liegt Inkontinenz vor und gibt es bereits ein laufendes Rezept?			
Wird Inkontinenz-Material mitgebracht?			
Sollen Rezepte über uns an die Apotheke geleitet werden? Rechnung wird über die Apotheke gestellt			
Kostenpflichtige Zusatzleistungen			
Soll das Telefon frei geschaltet werden?			
Wird die Unterbringung im Einzelzimmer gewünscht?			
Wird eine Versorgung mit individuellen Hygieneartikeln gewünscht?			
Kostenpflichtige Zusatzleistungen (nur stationär)			
Wird die Bewohnerwäsche vom Heim gewaschen?			
Soll bei Bedarf die chem. Reinigung der Kleidung vom Heim veranlasst werden?			
Soll die Sicherheitsprüfung eingebrachter Elektrogeräte, alle 2 Jahre, übernommen werden?			

Sonstiges:

Ich habe die Informationen zur Datenverarbeitung gemäß DSGVO erhalten und bin damit einverstanden.

Ort, Datum

Bewohner/in

Mir sind als Bezugsperson die Informationen zur Datenverarbeitung gemäß DSGVO bekannt und ich bin damit einverstanden, dass meine Daten als Kontaktdaten des Bewohners gespeichert werden.

Ort, Datum

Bezugsperson, Bevollmächtigte(r), Betreuer(in)

* **Bezugspersonen (evtl. Vollmacht/Betreuerausweis vorlegen)**

Name, Vorname	Adresse u. Telefon	Beziehungsart	erhält Rechnung	Vollmacht (V) Betreuung (B)	nachts melden?

Mir sind als Bezugsperson die Informationen zur Datenverarbeitung gemäß DSGVO bekannt und ich bin damit einverstanden, dass meine Daten als Kontaktdaten des Bewohners gespeichert werden.

Ort, Datum

Bezugsperson

* **Bezugspersonen (evtl. Vollmacht/Betreuerausweis vorlegen)**

Name, Vorname	Adresse u. Telefon	Beziehungsart	erhält Rechnung	Vollmacht (V) Betreuung (B)	nachts melden?

Mir sind als Bezugsperson die Informationen zur Datenverarbeitung gemäß DSGVO bekannt und ich bin damit einverstanden, dass meine Daten als Kontaktdaten des Bewohners gespeichert werden.

Ort, Datum

Bezugsperson

* **Bezugspersonen (evtl. Vollmacht/Betreuerausweis vorlegen)**

Name, Vorname	Adresse u. Telefon	Beziehungsart	erhält Rechnung	Vollmacht (V) Betreuung (B)	nachts melden?

Mir sind als Bezugsperson die Informationen zur Datenverarbeitung gemäß DSGVO bekannt und ich bin damit einverstanden, dass meine Daten als Kontaktdaten des Bewohners gespeichert werden.

Ort, Datum

Bezugsperson

* **Bezugspersonen (evtl. Vollmacht/Betreuerausweis vorlegen)**

Name, Vorname	Adresse u. Telefon	Beziehungsart	erhält Rechnung	Vollmacht (V) Betreuung (B)	nachts melden?

Mir sind als Bezugsperson die Informationen zur Datenverarbeitung gemäß DSGVO bekannt und ich bin damit einverstanden, dass meine Daten als Kontaktdaten des Bewohners gespeichert werden.

Ort, Datum

Bezugsperson