

# Anmeldung

Kurzzeitpflege  Verhinderungspflege  vollstationäre Pflege

Gewünschter Aufnahmetermin zur vollstationären Pflege: .....

Gewünschte Aufnahmezeit: .....

Gewünschter Zeitraum zur Kurzzeitpflege vom ..... bis .....

**Zimmer-Nr.:** .....

Gewünschte Reservierung vom ..... bis .....

**Wohnbereich:** .....

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

ja  nein

## Grunddaten

|  |  |               |               |            |  |
|--|--|---------------|---------------|------------|--|
| Name, Vorname                                |  |               |               |            |  |
| Straße, Haus-Nr., PLZ Wohnort<br>Telefon-Nr. |  |               |               |            |  |
| Derzeitiger Aufenthaltsort                   |  |               | Aufnahmegrund |            |  |
| Geburtsname                                  |  |               | Geburtsort    |            |  |
| Geburtsdatum                                 |  | Familienstand |               | Konfession |  |

## Bezugsperson \*(evtl. Vollmacht/Betreuerausweis vorlegen) \* weitere Bezugspersonen s. Anhang

| Name, Vorname     | Beziehungsart | erhält Rechnung               | Vollmacht (V)<br>Betreuung (B) | nachts melden?                |
|-------------------|---------------|-------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|
| <b>Anschrift:</b> |               | <input type="checkbox"/> ja   |                                | <input type="checkbox"/> ja   |
| <b>Telefon:</b>   |               | <input type="checkbox"/> nein |                                | <input type="checkbox"/> nein |
| <b>E-Mail:</b>    |               |                               |                                |                               |

## Behandelnde Ärzte (Name, Adresse, Telefon)

|          |   |
|----------|---|
| Hausarzt |   |
| Zahnarzt | Wenn vorhanden, bitte Bonusheft mitbringen! |
| Sonstige |   |

## Patientenverfügung:

ja  nein vollständige Covid-19 Impfung bereits erfolgt:  ja  nein

|  |          |             |  |
|--|----------|-------------|--|
| Krankenkasse   |          |             |  |
| Mitgliedsnummer  |          |             |  |
| Pflegegrad bereits vorhanden?  | Ja, seit | Pflegegrad: |  |
| Pflegegrad wird/wurde beantragt am:  |          |             |  |
| Antrag auf vollstationäre Pflege/Kurzzeitpflege/Übergangspflege 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 Sozialamt .....

Sozialhilfeantrag wurde gestellt am .....

Rente:  nein  ja  beantragt am .....

Erfolgt eine Umstellung der Rentenzahlung auf das Konto des Pflegeheimes?  nein  ja

→ aktuelle Rentenbescheide bitte in Kopie vorlegen

Wird ein Wohngeldantrag gestellt?  nein  ja (die Mietbescheinigung wird vom Pflegeheim direkt an das Sozialamt geschickt)

Verwaltung Barbetrag:  Pflegeheim  Betreuer/Angehörige

Verwaltung Kleidergeld:  Pflegeheim  Betreuer/Angehörige

Bei Kurzzeitpflege: Entlastungsleistungen §43b bei der Pflegekasse erfragen und schriftliche Mitteilung dem Pflegeheim übermitteln

Welche Befreiungen liegen vor? (Befreiungen bitte vorlegen)

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?<br>Rechnung wird über die Apotheke gestellt                    |    |      |      |
| <b>Kostenpflichtige Zusatzleistungen</b>  |    |      |      |
| Soll das Telefon freigeschaltet werden?   |    |      |      |
| Wird eine Versorgung mit individuellen Hygieneartikeln gewünscht?   |    |      |      |
| Möchten Sie, dass Frisörleistungen durch Dienstleister, die ins Haus kommen übernommen werden?                          |    |      |      |
| Möchten Sie, dass bei Bedarf Physiotherapieleistungen durch externe Therapeuten, die ins Haus kommen übernommen werden? |    |      |      |
| <b>Kostenpflichtige Zusatzleistungen (nur stationär)</b>  |    |      |      |
| 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, Telefon u. E-Mail | Beziehungsart | erhält Rechnung | Vollmacht (V) Betreuung (B) | nachts melden? |
|---------------|----------------------------|---------------|-----------------|-----------------------------|----------------|
|               | <u>E-Mail:</u>             |               |                 |                             |                |

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, Telefon u. E-Mail | 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, Telefon u. E-Mail | 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, Telefon u. E-Mail | 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