

# Anmeldung

Kurzzeitpflege ➔  Verhinderungspflege ➔  vollstationäre Pflege

Datum: .....  
 Gewünschte Aufnahmezeit: ..... Uhr.  
 Gewünschte Reservierung vom ..... bis .....  
 Wünschen Sie bei Nichterfüllung des Aufnahmetermins eine Übernahme in die Warteliste:  ja  nein

Zimmer-Nr.: .....  
 Wohnbereich: .....

## Grunddaten

Name, Vorname					
Straße, Haus-Nr., PLZ Wohnort 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) Betreuung (B)	nachts melden?
Anschrift:		<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> ja
Telefon:		<input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> nein
E-Mail:				

## Behandelnde Ärzte (Name, Adresse, Telefon)

Hausarzt	
Zahnarzt	Wenn vorhanden, bitte Bonusheft mitbringen!
Sonstige	

Patientenverfügung:  ja  nein Covid-19:  1. Impfung  2. Impfung  3. Impfung  .... Impfung  Infektion

Datum: .....

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

## Übernahme des Heimentgeltes durch:

### Kostenträger: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Pflegekasse bei vollstationär falls bekannt – Höhe Zuschuss §43c SGB XI  5%  25%  45%  70%
- das unten angeführte monatliche Einkommen Bitte ggf. Rentenbescheide in Kopie beifügen
- Zuzahlung aus Barvermögen Bitte Sepa-Formular ausfüllen
- Unterstützung durch Sozialhilfeträger / Zuständiges Sozialamt: \_\_\_\_\_ Aktenzeichen: \_\_\_\_\_
- Unterstützung durch Sozialhilfeträger ist beantragt / Datum der Antragstellung: \_\_\_\_\_

**Monatliches Einkommen nach heutigem Stand:** Erfolgt eine Umstellung der Rentenzahlung auf das Konto des Pflegeheimes?  nein  ja

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in EUR

- Wird/ wurde ein Wohngeldantrag gestellt?  nein  ja
- Verwaltung Barbetrag:  Pflegeheim  Betreuer/Angehörige

**Bei Kurzzeitpflege:** Wurde in diesem Jahr bereits Kurzzeit-/ Verhinderungspflege in Anspruch genommen?  
 nein  ja bitte Restbudget Kurzzeit-/ und Verhinderungspflege bei der Pflegekasse erfragen und mitteilen

- 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? 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 vollstationär)</b>			
Wird die Bewohnerwäsche vom Heim gewaschen?			
Soll bei Bedarf die chem. Reinigung der Kleidung vom Heim veranlasst werden?			
Soll die Sicherheitsprüfung eingetragener 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)