

Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Antragsteller

Name, Vorname, ggf. Geburtsname:

.....
Adresse:

Telefon:

Geburtstag: Geburtsort:

Konfession:

Staatsangehörigkeit: Familienstand:

ehem. Beruf:

Momentaner Aufenthalt: Häuslichkeit Kurzzeitpflege

Krankenhaus Sonstiges

Angehörige

Name, Vorname /Anschrift /Telefonnummer und Verwandtschaftsgrad

1.

2.

3.

4.

5.

2. Gesetzliche Betreuung / Vorsorgebevollmächtigter

Ist ein/e Betreuer/in bzw. Vorsorgebevollmächtigte/er benannt?

ja nein wenn ja, seit

Name, Vorname:

Adresse:

Telefon:.....

verwandt: ja nein wenn ja, wie?.....

Wirkungskreis:.....

3. Patientenverfügung

Liegt eine Patientenverfügung vor? ja nein

Wer ist als Vertrauensperson genannt?

Name, Vorname:.....

Adresse:.....

Telefon:.....

4. behandelnder Arzt / Hausarzt

.....
.....

5. Benutzen Sie Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehwagen)

ja nein wenn ja, welches?.....

6. Gewünschte Unterbringung

a) Gewünschte Unterbringung: Einzelzimmer Doppelzimmer

b) Welche Möbelstücke möchten mitgebracht werden?

.....

7. a) Kranken- und Pflegekassen

Name der Kranken- und Pflegekasse:.....

Adresse:.....

Versicherungs-Nummer:.....

b) Pflegegrad

Pflegegrad: 2 3 4 5

gültig seit:

Wurde ein Antrag auf Höherstufung / Begutachtung gestellt?

ja nein wenn ja, wann?.....

c) Grund der Heimaufnahme:

- Demenz Mobilitätseingeschränkt

.....
.....
.....
.....

d) pflegerische Besonderheiten:

- zuletzt häufig gestürzt Weglauftendenz
 Sondennahrung, Allergien

8. Nachlassregelung:

Den Nachlass regelt:

Herr / Frau:.....

Adresse:.....

Das Zimmer wird geräumt durch:

Herrn / Frau:.....

Adresse:.....

Gewünschtes Bestattungsinstitut

Name, Anschrift des Bestattungsunternehmens:

.....

Bestattungswunsch:.....

Im Todesfall sind folgende Personen zu benachrichtigen:

Name, Vorname Anschrift: Telefon:

1.

2.

9. Von dem Bewohner sollte vor Heimaufnahme geklärt werden:

Wer bezahlt die Heimkosten entsprechend dem Heimvertrag?

- Selbstzahler Sozialamt

Adresse des zuständigen Sozialamtes:

.....
.....

Antrag auf Kostenübernahme wurde beim Sozialamt am.....gestellt.

(Wir bitten um Vorlage des Übernahmebescheides, falls dieser bereits vorliegt.)

10. Folgende Papiere / Urkunden sind in Kopie beizulegen:

- Krankenkassen- Versichertenkarte
- Bescheid der Pflegekasse über den Pflegegrad
- Schwerbehindertenausweis
- Rezeptgebührenbefreiung
- aktuelle Rentenmitteilung
- General/-Vorsorgevollmachte, sonstige Vollmachten
- Betreuerausweis, falls vom Amtsgericht Betreuung bestellt

11. Sonstiges

- Bitte den Ärztlichen Fragebogen vor Heimaufnahme ausgefüllt zurückgeben.
- Soll ein Telefon von der Einrichtung bereitgestellt werden?
 ja nein
- Das Entgelt ist bis zum 3. Werktag eines Monats im Voraus zur Zahlung fällig und wird per Banklastschrift eingezogen. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass Sie Ihre Bankverbindung im Heimvertrag angeben:

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers oder
gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter

Anlage: Ärztlicher Fragebogen

Hinweis: Alle im Text verwendeten männlichen Personenbezeichnungen gelten sowohl für Personen männlichen als auch weiblichen Geschlechts.