

Anmeldung zur Heimaufnahme

Bitte überzeugen Sie sich, dass Sie vor Abgabe alle Fragen vollständig beantwortet haben.

Dauerpflege:

Kurzzeitpflege: Zeitraum: _____

1. Bewohner:	Name:		Beruf:	
	Vorname:		Geburtsname:	
Anschrift:	Straße:			Familienstand:
	PLZ:	Wohnort:		Konfession:
Telefon:	Nummern:			Staatsangehörigkeit:
Aufenthaltsort:	(falls vom Wohnort abweichend)			
Geburtsdaten:	am:	Geburtsort:		Land/Staat:
2. Ehepartner: (falls vorhanden)	Name:		Datum der Eheschließung:	
	Vorname:		Geburtsname:	
Anschrift:	Straße:		Email:	Staatsangehörigkeit:
	PLZ:	Wohnort:		Telefon:
Geburtsdaten:	am:	Geburtsort:		Land/Staat:
3. Kinder: (falls vorhanden)	Gesamtzahl:	Minderjährig:	Volljährig:	Verstorben:
4. Angehörige:	Name:		Beziehung zum Bewohner:	
	Vorname:		Straße:	
Anschrift:	PLZ:	Wohnort:		Email:
	Privat:			Dienstlich:
Telefon:	Name:		Beziehung zum Bewohner:	
	Vorname:		Straße:	
Anschrift:	PLZ:	Wohnort:		Email:
	Privat:			Dienstlich:
Anschrift:	Name:		Beziehung zum Bewohner:	
	Vorname:		Straße:	

Erstellt von:	Freigegeben:	Datum Freigabe	Version
QMB/VW	EL	06/15	4

Telefon:	PLZ:	Wohnort:	Email:	
	Privat:		Dienstlich:	
5. gesetzlicher Betreuer: (falls vorhanden)	Name:		Betreuungsbereiche:	
	Straße:			Tel:
	PLZ:	Wohnort:		
6. Erteilte Vollmachten: (bitte Kopien bei Einzug abgeben)	Generalvollmacht	an:		
	Altersvorsorgevollmacht	an:		
	Betreuungsverfügung:	an:		
	Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> vorhanden		
	weitere Vollmachten:	<input type="checkbox"/> vorhanden		
7. Hausarzt:	Name:	Adresse:		Telefon:
8. Kranken- u. Pflegeversicherung:	Kassenname:		Mitgliedsnummer:	
	Versicherungsverhältnis:	gesetzlich: <input type="checkbox"/>	privat: <input type="checkbox"/>	
Rezeptgebührenbefreiung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	bis:	
Pflegebedürftigkeit:	Pflegeeinstufung erfolgt:	<input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad: _____	<input type="checkbox"/> nein, beantragt am:	
	MDK-Besuch erfolgt:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am:	
	Höherstufungsantrag gestellt:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, am:	
	Zur Zeit übernimmt die Pflege:			
9. Schwerbehinderung (bitte Kopie des Ausweises bei Einzug abgeben)	<input type="checkbox"/> ist nicht festgestellt	<input type="checkbox"/> ist festgestellt:	am:	AZ:
		Merkmale:	von:	
10. Gesundheitszustand:	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Herz-Kreislaufschwäche	<input type="checkbox"/> Schlaganfall	<input type="checkbox"/> Inkontinenz
	Orientierung:	<input type="checkbox"/> vollständig desorientiert		<input type="checkbox"/> vollständig orientiert
<input type="checkbox"/> teilweise orientiert:		<input type="checkbox"/> zur Zeit	<input type="checkbox"/> zur Person	<input type="checkbox"/> zur Situation
Bewegung:	<input type="checkbox"/> mobil	<input type="checkbox"/> teilweise immobil	<input type="checkbox"/> immobil	<input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer/in
	Körperpflege:	Unterstützung erforderlich: <input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> vollständig

Erstellt von:	Freigegeben:	Datum Freigabe	Version
QMB/VW	EL	06/15	4

Erkrankungen / Sonstiges:			
11. Finanzierung:	Monatliches Einkommen, ca.:		
Aufbringung der Heimkosten:	<input type="checkbox"/> eigenes Einkommen	Beihilfeberechtigt: (nur bei Beamten und deren verwitweten Ehepartnern)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Rechnungsadresse:			
12. Aufnahme:	Gewünschtes Aufnahmedatum:		
Grund der Heimaufnahme:			
Unterbringungswunsch:	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer	<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	Vorübergehende Unterbringung im Doppelzimmer möglich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bemerkungen:			
Anmeldung durch:			
	<input type="checkbox"/> Dieser Antrag ist lediglich eine Voranmeldung		

Ort, Datum:

Unterschrift des Antragstellers / Bewohners

Zum Schluss haben wir eine Bitte:

*Bitte benachrichtigen Sie uns, wenn Sie die Anmeldung nicht aufrechterhalten möchten.
Danke!*

Erstellt von:	Freigegeben:	Datum Freigabe	Version
QMB/VW	EL	06/15	4