

## Anmeldung zur Aufnahme

Bitte füllen Sie den Anmeldebogen vollständig aus. Im Falle eines  kreuzen Sie bitte Zutreffendes an. Sollten Sie hierzu Fragen haben bzw. Hilfe benötigen, stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

### Anmeldung zur Aufnahme

- |  |                                       |
|--|---------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Einzelzimmer          | <input type="checkbox"/> Doppelzimmer |
| <input type="checkbox"/> Vollstationäre Pflege | <input type="checkbox"/> Tagespflege  |
| <input type="checkbox"/> Beschützender Bereich | <input type="checkbox"/> Wohnbereich  |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege        | <input type="checkbox"/> Pflegewohnen |

### Von der Einrichtung zu bearbeiten:

Zimmer Nr.:	_____
Vertragsdatum:	_____
Einzugsdatum:	_____
Telefon KUPF:	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein

### Gewünschter Einzugsstermin:

#### 1. Persönliche Daten der Interessentin / des Interessenten

**Familienname / Titel:** \_\_\_\_\_

Vorname(n)

(Rufname unterstreichen): \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_

Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand:

verheiratet

ledig

geschieden

verwitwet

Konfession / Religion:

evangelisch

röm.-kath.

andere

keine

#### Derzeitige Wohn- / Postanschrift:

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

☎ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

☎ Fax-Nr. \_\_\_\_\_

☎ Mobil-Nr. \_\_\_\_\_

#### Derzeitiger Aufenthaltsort (falls abweichend von Wohnanschrift):

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

☎ Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

☎ Fax-Nr. \_\_\_\_\_

#### 2. Angehörige / Ansprechpartner

2.1  EhepartnerIn

BetreuerIn

GeneralbevollmächtigteR

**Familienname, Vorname** \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

☎ Telefon-Nr. (privat) \_\_\_\_\_

☎ Telefon-Nr. (geschäftl.) \_\_\_\_\_

☎ Mobil-Nr. \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad / Beziehung \_\_\_\_\_

2.2 **Familienname, Vorname** \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefon- Nr. (privat)

☎ Telefon- Nr. (geschäftl.)

☎ Mobil-Nummer

Verwandtschaftsgrad / Beziehung

### 2.3 Familienname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefon- Nr. (privat)

☎ Telefon- Nr. (geschäftl.)

☎ Mobil-Nummer

Verwandtschaftsgrad / Beziehung

### 2.4 Familienname, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Ort

☎ Telefon- Nr. (privat)

☎ Telefon- Nr. (geschäftl.)

☎ Mobil-Nummer

Verwandtschaftsgrad / Beziehung

## 3. Krankenversicherung

Vers. Nr.

Gesetzlich versichert

Privat versichert

Beihilfeberechtigt

## 4. Kostenträger

### 4.1 Pflegeversicherung

Anschrift (falls abweichend von Krankenversicherung):

4.1.1 **Liegt bereits eine Einstufung vor?**

Ja

Nein

Ambulante Pflegestufe: \_\_\_\_\_

Stationäre Pflegestufe \_\_\_\_\_

4.1.2 **Liegt bereits eine Schnelleinstufung vor.**

Ja

Nein

4.1.3  Ein **Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung** wurde gestellt am: \_\_\_\_\_

4.2.3  Ein Antrag für die **Kurzzeitpflege** wurde gestellt am: \_\_\_\_\_

### 4.2 Finanzierung

Eigenfinanzierung

Sozialhilfe

Andere

**Rechnungsempfänger:**

Bewohner

Betreuer

Bevollmächtigter

Einzugsermächtigung wird mit Abschluss des Heimvertrages erteilt:

**Rentenversicherungsträger:**

Altersrente

Witwenrente

Zusatzrente

---

### 4.3 Öffentliche Kostenträger

4.3.1 Die Kostenübernahme durch den **Sozialhilfeträger** wurde beantragt am:  Nein

---

### 5. Bisheriger Hausarzt

Titel, Familienname, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

☎ Telefon- Nr. \_\_\_\_\_

☎ Fax-Nr. \_\_\_\_\_

☎ Mobil-Nr. \_\_\_\_\_

**Weiterbehandlung im Heim wird fortgeführt**  Ja  Nein  
(Bitte im **Vorfeld** mit Hausarzt klären)

---

### 5.2 Wenn nein, weiterbehandelnder Arzt nach Heimaufnahme

Titel, Familienname Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

☎ Telefon- Nr. \_\_\_\_\_

☎ Fax-Nr. \_\_\_\_\_

☎ Mobil-Nr. \_\_\_\_\_

---

### 6. Regelungen im Sterbefall

#### 6.1 Haben Sie eine Bestattungsvorsorge getroffen?

Nein  Ja Institut: \_\_\_\_\_ Vertrags Nr. \_\_\_\_\_

---

#### 6.2 Im Sterbe- / Todesfall ist / sind sofort zu verständigen:

siehe 2.1  siehe 2.2  siehe 2.3

#### Falls abweichend, folgende Person(en)

Familienname, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

☎ Telefon-Nr. (privat) \_\_\_\_\_

☎ Telefon- Nr. (geschäftl.) \_\_\_\_\_

☎ Mobil-Nummer \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad / Beziehung \_\_\_\_\_

---

#### 6.3 Der gesamte Nachlass / Zimmerräumung wird geregelt durch:

siehe 2.1  siehe 2.2  siehe 2.3

#### Falls abweichend, folgende Person(en)

Familienname, Vorname \_\_\_\_\_

Straße, Hausnummer \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

☎ Telefon- Nr. (privat) \_\_\_\_\_

☎ Telefon- Nr. (geschäftl.) \_\_\_\_\_

☎ Mobil-Nummer \_\_\_\_\_

Verwandtschaftsgrad / Beziehung \_\_\_\_\_

---

---

## 7. Eingehende Post

- An die / den BewohnerIn aushändigen       Im Stationszimmer / Pforte hinterlegen
- Auf Kosten der Bewohnerin / des Bewohners weiterleiten an:
- 

---

## 8. Unterlagen / Anlagen

### 8.1 Folgende Unterlagen bitten wir im Original vollständig an uns zurückzuleiten.

- Ärztlicher Fragebogen
- Aktuelle vom Arzt unterschriebene Medikamentenverordnung
- Inkontinenzattest
- Anmeldung Heimaufnahme
- Einzugsermächtigung
- Einverständniserklärung „Fotografische Wunddokumentation“
- Kenntnisnahmeerklärung Abrechnung, Hausordnung
- Biographiebogen

### 8.2 Folgende Unterlagen müssen in Kopie beigelegt werden

- Einstufungsbescheid Pflegeversicherung (ggf. Schnelleinstufung, Antragsstellung)
- Falls zutreffend Bewilligungsbescheid der Krankenkasse für die Kurzzeitpflege
- Rentenbescheide **bei Sozialhilfe zwingend erforderlich** (Altersrente, Witwenrente, Zusatzrente)
- Ggf. Antragsstellung Sozialhilfe
- Ggf. Kostenübernahmeerklärung Unfallversicherung
- Ausweise (Personalausweis, ggf. Reisepass)
- Ggf. Beschlüsse / Vollmachten
- (Fixierungsbeschlüsse, gültiger Betreuerausweis, Beschluss beschützende Unterbringung, Generalvollmacht, Vorsorgevollmacht, Patientenverfügung u.a.m.)
- Gebührenbefreiung (Rezept, Praxis, Heil- und Hilfsmittel, GEZ, Telefon)
- Medizinische Ausweise
- (Impfpass, Marcumar, Herzschrittmacher, Diabetes, Allergie, Röntgen, Dialyse)
- Arzt- / Krankenhausberichte
- Krankenversicherungskarte (Original bitte bei Einzug mitbringen)

### 8.3 Folgende Anlagen verbleiben bei Ihnen

- Informationsbroschüre der Einrichtung
  - Informationsblatt Kosten
  - Hausordnung und wichtige Informationen
  - Informationsblatt „Fotografische Wunddokumentation“
  - Informationsblatt „Mitzubringen sind ...“
  - Evtl. Hauszeitung
- 

## 9. Sonstiges:

---

---

---

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Interessentin / des Interessenten

---

Ort, Datum

---

Unterschrift der Betreuerin bzw. der Bevollmächtigten  
Unterschrift des Betreuers bzw. des Bevollmächtigten