

Zimmernummer:

# Anmeldung zur Heimaufnahme

## **Bitte vollständig ausfüllen!**

Gewünschter Zeitraum (von/bis):	Vollstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/>	Pflegegrad: 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/>	Bescheid vom:	Höhere Pflegestufe beantragt am:
Familienname:		Vorname:		
Geburtsname:		Konfession:		
Straße:		Wohnort:		
Geboren am:		Geburtsort:		
Staatsangehörigkeit:				
Derzeitiger Aufenthalt (Krankenhaus, Heim o. ä.):				
Bezugsperson (Name, Anschrift und Telefonnummer):				
<u>Gerichtlich</u> bestellter Betreuer/ Bevollmächtigter (Name, Anschrift und Telefonnummer):				
Betreuer Aufgabenbereiche:				
Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/>		Aufenthaltbestimmungsrecht <input type="checkbox"/>		Vermögenssorge <input type="checkbox"/>
Postangelegenheiten <input type="checkbox"/>		Heimangelegenheiten <input type="checkbox"/>		Alle Angelegenheiten <input type="checkbox"/>
Krankenkasse:		Versicherungsnummer:		
		Kennnummer der Versicherung: (auf der Chip-Karte)		
Pflegekasse:		Versicherungsnummer:		
Anschrift:				
Name des Hausarztes:		Rezeptgebühren befreit: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>		
Anschrift:				

verheiratet <input type="checkbox"/>	geschieden <input type="checkbox"/>	ledig <input type="checkbox"/>	Verwitwet seit:
<b>Rentenversicherungs-Nr.:</b>			
<b>Selbstzahler</b> <input type="checkbox"/>	<b>Sozialhilfe</b> <input type="checkbox"/>	<b>Sozialhilfe wurde beantragt am:</b>	
Besteht eine Beihilfeberechtigung?		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Wer soll die Heimkostenabrechnung erhalten?			
<input type="checkbox"/> Heimbewohner/in		<input type="checkbox"/> Angehörige / Bevollmächtigte mit folgender Anschrift:	
Inkontinenz:      Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Vorlagen <input type="checkbox"/>	Windeln <input type="checkbox"/>	Dauerkatheter <input type="checkbox"/>	Suprapubischer Katheter <input type="checkbox"/>
Diabetiker	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Wenn ja:	Insulinpflichtig <input type="checkbox"/>		
Folgende Hilfsmittel werden mitgebracht:		Rollator <input type="checkbox"/>	Toilettenstuhl <input type="checkbox"/>
		Rollstuhl <input type="checkbox"/>	_____ <input type="checkbox"/>

Diese Anmeldung ist:      verbindlich       unverbindlich

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des Anmeldenden

Bitte geben Sie uns den vollständig ausgefüllten Aufnahmebogen zurück.

Vielen Dank!

**Folgendes ist bei, bzw. vor der Aufnahme an der Anmeldung / auf dem betreffenden Wohnbereich abzugeben / mitzubringen:**

• **Anmeldung:**

- ✓ **Anmeldung zur Heimaufnahme** (bitte vor Heimaufnahme abgeben, gerne auch per Fax)
- ✓ **Leistungsbescheid** der Pflegekasse
- ✓ **Ärztl. Attest**, nicht älter als 3 Tage (Betroffener ist frei von ansteckenden Krankheiten)

**Ohne dieses Attest ist keine Aufnahme möglich!**

- ✓ **Personalausweis** (auch wenn dieser abgelaufen ist)
- ✓ **Betreuerausweis / Vorsorgevollmacht** (falls vorhanden)
- ✓ **Fixierungsbeschluss** (Bettseitenteil, Bauchgurt, etc.) falls die Notwendigkeit einer Fixierung besteht.  
*Es ist kein richterlicher Beschluss notwendig wenn der Betroffene seine Einwilligung, z.B. über die Anbringung eines Bettseitenteils, gibt. Der Betroffene muss aber in diesem Fall einwilligungsfähig sein und die Konsequenzen seiner Einwilligung beurteilen können.*
- ✓ **Schwerbehindertenausweis** (falls vorhanden)
- ✓ **Befreiungsausweis von Zuzahlungen Medikamente** (falls vorhanden)

• **Wohnbereich:**

- ✓ **Medikamenten - Verordnungsblatt** mit Unterschrift vom behandelnden Arzt!
- ✓ Aktuell verordnete **Medikamente** in original Verpackung (Bitte nicht im Medikamenten-Dispenser vorbereiten)
- ✓ **Aktueller Arztbrief** (falls vorhanden)
- ✓ **Kopie Diagnosen vom Hausarzt**
- ✓ **Versichertenkärtchen**
- ✓ **Persönliche Kleidung** (bei vollstationärer Aufnahme Kleidung 14 Tage vor Aufnahme auf dem Wohnbereich abgeben damit diese frühzeitig gekennzeichnet werden kann. Bei Kurzzeitpflege gilt dies auch, sofern die Wäsche vom Haus gewaschen werden soll.)
- ✓ **Wäschebox** o.Ä. zur Aufbewahrung der Schmutzwäsche (bei Kurzzeitpflegegästen, wenn die Wäsche nicht vom Haus gewaschen werden soll)
- ✓ **Hygieneartikel** (Deo, Zahnbürste, Rasierer, etc.)
- ✓ **Verbandmaterial** (falls aktuelle Wundversorgung)
- ✓ **Inkontinenzartikel** (bei Kurzzeitpflegegästen)
- ✓ **Hilfsmittel** (Rollstuhl, Rollator, Gehstock, Ernährungspumpe, etc. falls benötigt)