

Zimmernummer:

## Anmeldung zur Heimaufnahme

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*:	Höherer Pflegegrad beantragt am:
Familienname*:		Vorname*:		
Geburtsname*:		Konfession*:		
Straße*:		Wohnort*:		
Geboren am*:		Geburtsort*:		
Staatsangehörigkeit*:		Beruf*:		
Derzeitiger Aufenthalt (Krankenhaus, Heim o. ä.)*:				
Bezugsperson? Wie verwandt? Befreundet? (Name, Anschrift und Telefonnummer) *:				
Gerichtlich 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"/> Sonstiges:				
Krankenkasse*:		Versicherungsnummer*:		
Anschrift*:				
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 <input type="checkbox"/>
Name des Ehegatten:	geb. am:	Datum der Eheschließung:	
Ort der Eheschließung:	verwitwet seit:	geschieden seit:	
Ärztliche / Pflegerische Diagnosen (falls bekannt)*:			
Selbstzahler* <input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Sozialhilfe beantragt <input type="checkbox"/>			
Besteht eine Beihilfeberechtigung? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Falls keine Betreuung vorliegt, wer soll die Rechnung 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"/>			
Ist die Wäsche gekennzeichnet?                      Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>			
Name des Anmeldenden (wie verwandt)*:			
Anschrift*:			
Telefonnummer*:			

Diese Anmeldung ist\*:      verbindlich               unverbindlich

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des Anmeldenden

**Sehr wichtig:**

\*Bitte füllen Sie diesen Aufnahmebogen vollständig aus! 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, gern auch per Fax)
- ✓ **Leistungsbescheid** der Pflegekasse
- ✓ **Ärztl. Attest**, nicht älter als 3 Tage (Bewohner/in ist frei von ansteckenden Krankheiten)!
- ✓ **Personalausweis** (auch wenn dieser abgelaufen ist)
- ✓ **Betreuerausweis/Vorsorgevollmacht** (falls vorhanden)
- ✓ **Schwerbehindertenausweis** (falls vorhanden)
- ✓ **Bescheinigung über bestehende Demenz** vom Neurologen (nur bei Aufenthalt auf dem Wohnbereich 1B)

• **Wohnbereich:**

- ✓ Ausgefüllter „**Biographiebogen**“ (bitte vor Heimaufnahme abgeben)
- ✓ Ausgefüllter „**Erstgespräch bei Heimaufnahme**“ - Bogen
- ✓ **Medikamenten - Verordnungsblatt** mit Unterschrift vom behandelnden Arzt!
- ✓ Aktuell verordnete **Medikamente** in original Verpackung (Bitte nicht im Medikamenten-Dispenser vorbereiten)
- ✓ **Aktueller Arztbrief** (falls vorhanden)
- ✓ **Versichertenkärtchen + Befreiungsausweis** (falls vorhanden)
- ✓ **Persönliche Kleidung** (falls Wäschekennzeichnung gewünscht, Kleidung wenn möglich 14 Tage vor Aufnahme auf dem Wohnbereich abgeben)
- ✓ **Wäschebox** o.Ä. zur Aufbewahrung der Schmutzwäsche (bei Kurzzeitpflegegästen)
- ✓ **Hygieneartikel** (Deo, Zahnbürste, Rasierer, etc.)
- ✓ **Verbandmaterial** (falls aktuelle Wundversorgung)
- ✓ **Inkontinenzartikel** (nur bei Kurzzeitpflegegästen)
- ✓ **Hilfsmittel** (Rollstuhl, Rollator, Gehstock, Ernährungspumpe, etc. falls benötigt)

Bei Unklarheiten bitte an der **Anmeldung** oder auf dem betreffenden **Wohnbereich** nachfragen!

Vielen Dank ☺