

Anmeldung zur Heimaufnahme

Gewünschter Zeitraum:

von: _____ bis: _____

Kurzzeitpflege

Vollstationäre Pflege

Name, ggf. Geburtsname	
Vorname	
aktuelle Straße, Hausnummer	
Meldeadresse PLZ, Ort	
Geburtsdatum	
Geburtsort	
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> getrennt <input type="checkbox"/> geschieden
Konfession	<input type="checkbox"/> ev <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> rk <input type="checkbox"/> sonstige: _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> Deutsch <input type="checkbox"/> _____
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Pflegegrad ist beantragt
Rezeptgebührenbefreiung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kranken-/Pflegekasse	_____
Versichertennummer	_____ <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
Rechnungsempfänger	<input type="checkbox"/> Bewohner <input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige: _____
<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe
	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigung
Post erhält:	<input type="checkbox"/> Bewohner/in
oder kostenpflichtige Zusendung an:	<input type="checkbox"/> Angehörige oder <input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer
Gesetzliche Betreuung <input type="checkbox"/>	Nachname, Vorname _____
oder	Straße, Hausnummer _____
	PLZ, Ort _____
Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/>	Telefonnummer _____
	Email-Adresse _____
1. Angehörige	Nachname, Vorname _____
	Straße, Hausnummer _____
	PLZ, Ort _____
	Telefonnummer _____

	Email-Adresse	_____
	Verwandtschaftsgrad	_____
2. Angehörige:	Nachname, Vorname	_____
	Straße, Hausnummer	_____
	PLZ, Ort	_____
	Telefonnummer	_____
	Email-Adresse	_____
	Verwandtschaftsgrad	_____

Besteht eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> Ja, eine Kopie ist beigelegt	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Betreuungsverfügung?	<input type="checkbox"/> Ja, eine Kopie ist beigelegt	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Vorsorgevollmacht?	<input type="checkbox"/> Ja, eine Kopie ist beigelegt	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht ein Bestattungsvorsorgevertrag?	<input type="checkbox"/> Ja, eine Kopie ist beigelegt	<input type="checkbox"/> Nein
Besteht eine Weglauf-/Hinlauff Tendenz?	<input type="checkbox"/> Ja, eine Kopie ist beigelegt	<input type="checkbox"/> Nein

Hausarzt: Name, Ort: _____

Facharzt: Name, Ort: _____

Medikamentenplan	<input type="checkbox"/> ist beigelegt
Ärztliche Diagnosen	<input type="checkbox"/> sind beigelegt
Ist eine Inkontinenz bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Covid-19 Impfung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Ist Diabetes bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig <input type="checkbox"/> Nein
Nahrungsmittelunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
wenn ja, welche Nahrungsmittelunverträglichkeit?	_____

Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> sonstige: _____

Bemerkungen: _____

Ich willige der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner o.g. personenbezogenen Daten zum Zwecke der vorvertraglichen und vertraglichen Maßnahmen durch die ‚Haus des Lebens gGmbH‘ bis auf Widerruf ein. Für Fragen oder einen Widerruf steht der Datenschutzbeauftragte Jürgen Golda (02307 2874488, j.golda@p2consult.de) jederzeit zur Verfügung.

Name des Anmeldenden:

 Ort, Datum

 Unterschrift des Anmeldenden

Aufmerksam geworden durch: Flyer Website Empfehlung

Folgende Dokumente sind vor bzw. bei der Aufnahme zwingend entsprechend gesetzlicher Vorgabe abzugeben. Ohne die erforderlichen Dokumente kann eine Aufnahme nicht erfolgen.

- **Verwaltung:**

- ✓ **Anmeldung zur Heimaufnahme** (bitte vor Heimaufnahme abgeben)
- ✓ **Leistungsbescheid** der Pflegekasse
- ✓ **Ärztl. Attest**, nicht älter als 3 Tage lt. Infektionsschutzgesetz (Bewohner/in ist frei von ansteckenden Krankheiten)! Findet die Aufnahme am Freitagnachmittag statt oder *ausnahmsweise im Notfall* an einem Samstag, muss das ärztliche Attest spätestens am Freitagvormittag vorgelegt werden!
Ohne dieses Attest ist keine Aufnahme möglich!
- ✓ **Personalausweis** (wenn dieser abgelaufen ist, benötigen wir zusätzlich eine Bestätigung der Gemeinde über die „**Befreiung von der Ausweispflicht**“ und eine **Kopie des abgelaufenen Personalausweises**)
- ✓ **Betreuerausweis/Vorsorgevollmacht** (falls vorhanden)
- ✓ **Patientenverfügung** (wünschenswert)
- ✓ **Fotografie/Ausdruck** von mitgebrachten Wertgegenständen

- **Wohnbereich:**

- ✓ **Krankenversichertenkarte** und ggf. **Befreiungsausweis**
- ✓ **Medikamenten - Verordnungsblatt mit Bedarfsmedikation** (z.B. Schmerzmittel) **mit Stempel und Unterschrift vom behandelnden Arzt!**
- ✓ Aktuell verordnete **Medikamente** in Originalverpackung (Bitte nicht im Medikamenten-Dispenser vorbereiten)
- ✓ **Aktueller Arztbrief oder schriftlicher Ausdruck medizinischer Diagnosen** **(unbedingt erforderlich, bitte vor Heimaufnahme abgeben)**
- ✓ **Rücksprache halten bezüglich des Hausarztes** – bei vollstationär eventuell Wechsel des Arztes, wenn dieser keine Hausbesuche bei uns macht
- ✓ **Schwerbehindertenausweis** (falls vorhanden)
- ✓ **Persönliche Kleidung** (für die erforderliche Wäschekennzeichnung Kleidung, wenn möglich 14 Tage vor Aufnahme auf dem Wohnbereich abgeben)
- ✓ **Hygieneartikel** (Deo, Zahnbürste, Rasierer, etc.)
- ✓ **Verbandmaterial** (falls aktuelle Wundversorgung)
- ✓ **Hilfsmittel** (Rollstuhl, Rollator, Gehstock, Ernährungspumpe, etc. falls benötigt)
- ✓ **Fixierungsbeschluss** (Bettseitenteil, Bauchgurt etc.), falls die Notwendigkeit einer Fixierung besteht. Es ist kein richterlicher Beschluss erforderlich, wenn der/die Betroffene die Einwilligung z.B. über die Anbringung von einem Bettseitenteil gibt. Voraussetzung ist die Einwilligungsfähigkeit, d. h. der/die Betroffene muss die Konsequenzen seiner Einwilligung beurteilen können.

Bei Kurzzeitpflege bringen Sie bitte zusätzlich mit:

- ✓ **Wäschebox** o.ä. zur Aufbewahrung der Schmutzwäsche (bei Kurzzeitpflegegästen ohne gekennzeichnete Wäsche, hier ist keine Wäschekennzeichnung erforderlich)
- ✓ **Inkontinenzartikel**