

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, gern auch per Fax oder Email)
- ✓ **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**“)
- ✓ **Betreuerausweis/Vorsorgevollmacht** (falls vorhanden)
- ✓ **Patientenverfügung** (wünschenswert)
- ✓ **Fotografie/Ausdruck** von mitgebrachten Wertgegenständen (Uhr, Schmuck,..)

#### • **Wohnbereich:**

- ✓ **Krankenversichertenkarte** und ggf. **Befreiungsausweis**
- ✓ Ausgefüllter „**Biographiebogen**“ (bitte vor Heimaufnahme abgeben)
- ✓ **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)
- ✓ **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 eines Bettseitenteils 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 gekennzechnete Wäsche, hier ist keine Wäschekennzeichnung erforderlich)
- ✓ **Inkontinenzartikel**

# 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	_____
Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/>	PLZ, Ort	_____
	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
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:  Rollator  Rollstuhl  sonstige: \_\_\_\_\_

Bemerkungen: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Name des Anmeldenden:

-----  
 Ort, Datum

-----  
 Unterschrift des Anmeldenden

Aufmerksam geworden durch:  Flyer  Website  Empfehlung