

Zimmernummer:

Anmeldung zur Heimaufnahme

Gewünschter Zeitraum (von/bis)*:	Vollstationär* <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege* <input type="checkbox"/>	Pflegegrad*:0 <input type="checkbox"/> 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)*:			
zusätzliche Betreuungsleistungen:		Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
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

Driedorf,

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, gerne auch per Fax)
- ✓ **Leistungsbescheid und Gutachten zur Pflegeeinstufung** 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** (falls vorhanden)

• **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)
- ✓ **Ärztl. Diagnosen** – Ausdruck beim Hausarzt einholen
- ✓ **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)