

# Anmeldung zur Heimaufnahme

## Gewünschter Zeitraum:

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

- Kurzzeitpflege  
 Vollstationäre Pflege

Name, ggf. Geburtsname		_____
Vorname		_____
aktuelle Meldeadresse	Straße, Hausnummer	_____
	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 (oder Höherstufung) 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	_____
	Straße, Hausnummer	_____
<b>oder</b>	PLZ, Ort	_____
Vorsorge- vollmacht <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 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? _____		
Raucher/in?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
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-P2 Consult (02307-28744-88 Mail: [i.golda@psconsult.de](mailto:i.golda@psconsult.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, gerne auch per Fax oder Email)
- ✓ **Leistungsbescheid** der Pflegekasse (Einstufung in Pflegegrad)
- ✓ **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)
- ✓ **Impfausweis** (falls vorhanden)

• **Wohnbereich:**

- ✓ **Krankenversichertenkarte** und ggf. **Befreiungsausweis**
- ✓ **Medikamenten - Verordnungsblatt mit Bedarfsmedikation** (z.B. Schmerzmittel usw.) **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 7 Tage vor Aufnahme auf dem Wohnbereich abgeben)
- ✓ **Hygieneartikel** (Deo, Zahnbürste, Rasierer, Nagelpflegeset, usw.)
- ✓ **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 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:**

- ✓ **Inkontinenzartikel**