

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	
Impfung gegen Covid-19 durchgeführt?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
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	Raucher <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
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:	<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 ‚DGD Haus des Lebens gGmbH‘ ein. Widerrufe können jederzeit erfolgen unter info@hdl-herborn.de. Weitere Details zur Datenverarbeitung entnehmen Sie bitte der Datenschutzerklärung unter www.hausdeslebens.de.

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, 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, muss das ärztliche Attest spätestens am Freitagvormittag vorgelegt werden! **Ohne dieses Attest ist keine Aufnahme möglich!**
- ✓ **PCR-Test (nicht älter als 72 Stunden), Impfnachweis Covid-19**
- ✓ **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 gekennzeichnete Wäsche, hier ist keine Wäschekennzeichnung erforderlich)
- ✓ **Inkontinenzartikel**