**Anmeldung zur Heimaufnahme im**

|  |
| --- |
| Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden! |
| Name, Vorname:  |       |
| Geburtsname:  |       | Familienstand:  |       |
| Geburtsort:  |       | Familienstand seit: |       |
| Geburtsdatum: |       | Ort der Eheschließung: |       |
| Konfession: |       | Staatsangehörigkeit: |       |
| Früherer Beruf: |       |  |  |
| GewünschteUnterbringung: | [ ]  Einzelzimmer[ ]  DoppelzimmerNr.       | [ ]  vollstationäre Pflege[ ]  Kurzzeitpflege[ ]  Verhinderungspfl.[ ]  teilstationäre Pfl.[ ]  Beschützte Unterbr. | Voraussichtlicher Einzugstermin:      |
| Hauptwohnsitz/Heimatadresse: | Straße, Hausnr.: |       |
| PLZ, Ort: |       |
| Telefon: |       |
| derzeit. Aufenthalt: | Bezeichnung: |       |
| Anschrift: |       |
| Telefon: |       |
| Ges. Vertreter/in  | Name: |       |
| Betreuer/in: | Anschrift: |       |
|  | Telefon: |       |
| [ ]  Rechnungsanschrift[ ]  per Post [ ]  per Mail | E-Mail: |       |
| Wirkungsbereich: |       |
|  | Betreuerausweis bzw. Vollmacht müssen vorgelegt werden! |
| ggfs. weiterer | Name: |       |
| Ges. Vertreter/in | Anschrift: |       |
| Betreuer/in: | Telefon: |       |
|  | E-Mail: |       |
| [ ]  Rechnungsanschrift[ ]  per Post [ ]  per Mail | Wirkungsbereich: |       |
|  | Betreuerausweis bzw. Vollmacht müssen vorgelegt werden! |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Angehörige/rErreichbarkeit:[ ]  tagsüber[ ]  Tag und Nacht | Name: |       |
| Straße, Ort: |       |
| Telefon: |       |
| E-Mail: |       |
| Wie verwandt: |       |
| 2. Angehörige/rErreichbarkeit:[ ]  tagsüber[ ]  Tag und Nacht | Name: |       |
| Straße, Ort: |       |
| Telefon: |       |
| E-Mail: |       |
| Wie verwandt: |       |
| 3. Angehörige/rErreichbarkeit:[ ]  tagsüber[ ]  Tag und Nacht | Name: |       |
| Straße, Ort: |       |
| Telefon: |       |
| E-Mail: |       |
| Wie verwandt: |       |
| Hausarzt: | Name: |       |
| Anschrift: |       |
| Telefon: |       |
| Krankenkasse: | Name: |  |
| Anschrift: |  |
| Mitgliedsnr.: |  |
| Zuzahlungs-befreiung: | [ ]  Ja [ ]  Nein (wenn ja, bitte Ausweis beilegen) |
| Beihilfeberechtigt: | [ ]  Ja, zu      % [ ]  Nein |
| Die Heimkosten werden aufgebracht: | [ ]  durch die monatliche Rente über €      Bitte Rentenbescheid beifügen[ ]  durch die Zuzahlung aus Barvermögen[ ]  durch das zuständige Sozialamt in:       |
| Wird oder wurde ein Sozialhilfeantrag gestellt? | [ ]  Nein | [ ]  Ja | am:       |
|  |  | Wenn ja bitte Kopie des Antrags beifügen! |
| Liegt eine Kostenbewilligung vor? | [ ]  Nein | [ ]  Ja | Aktenzeichen:      |
| Einstufung durch die Pflegekasse: |
| Begutachtung durch MDK bereits durchgeführt? | [ ]  Nein | [ ]  Ja | am:       |
| Wenn ja, durch welchen MDK (Ort, Telefon)? |       |
| Liegt bereits ein Einstufungsbescheid des MDK vor? | [ ]  Nein | [ ]  Ja | Pflegegrad:       |
| Wenn ja, bitte Kopie des Bescheids beilegen!Wenn kein Einstufungsbescheid vorliegt, wird bis zum Eingang eines Bescheides der Satz des voraussichtlichen Pflegegrades abgerechnet (nach Einschätzung der Pflegedienstleitung) |       |
| Dokumentation einer Wunde:Ich willige ein, dass bei mir auftretende Wunden im Zusammenhang mit der Wunddokumentation und zur Absicherung des Heilungsverlaufs von den zuständigen Pflegefachkräften fotografiert werden dürfen. Gegebenenfalls darf auch ein externer Beauftragter die Wunde(n) sowie deren Fotografien inspizieren. Die Unterlagen dürfen nicht ohne mein Wissen Dritten weiter gegeben werden. Mein Einverständnis bzgl. der Fotodokumentation von Wunden kann ich jederzeit widerrufen.  |
| Liegt eine Inkontinenz vor? [ ]  ja [ ]  neinLiegt ein Attest vor? [ ]  ja [ ]  nein |
| Anmeldung erfolgt durch: | [ ]  angemeldete Person[ ]  Angehörige/n Nr.:  | [ ]  ges. Vertreter/in |
| Kontakt entstanden durch: | [ ]  Soz. Dienst / Krankenhaus[ ]  Betreuungsstelle[ ]  Pfarrer[ ]  Anzeige | [ ]  Mitarbeiter[ ]  Bekannte[ ]  Sonstige: |
| Gewünschte Zusatzleistungen | [ ]  Telefonanschluss[ ]  Wäschekennzeichn.Geschätzte Stückzahl:       | [ ]  Sonstige: |
| Raum für weitere Anmerkung / evtl. Diagnosen:      |
| Einverständniserklärung nach BundesdatenschutzgesetzIch erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten elektronisch gespeichert und im Rechenzentrum in 87439 Kempten verarbeitet werden.Ich bestätige darüber hinaus, eine ausführliche Datenschutzinformation erhalten zu haben. |
| Ort, Datum: |
| Unterschrift des/der Antragstellers/in:  | Unterschrift des/der Aufzunehmenden: |
| Raum für Vermerke der Einrichtung:      |