

B1/01 Anmeldung zur Heimaufnahme

1. Vor- und Zuname Geburtsname	Beruf	
2. Adresse	Telefon	
3. Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)		
4. Geburtsdatum	Geburtsort	
5. Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit
6. Angehörige		
a) Name		
Straße, PLZ, Ort.....		
Wie verwandt	Telefon	
b) Name		
Straße, PLZ, Ort.....		
Wie verwandt	Telefon	
c) Name		
Straße, PLZ, Ort.....		
Wie verwandt	Telefon	
7. Betreuer (nach Betreuungsrecht, Vollmacht oder Bestallungsurkunde beilegen)		
Name		
Straße, PLZ, Ort.....		
Telefon		
1. Selbstzahler: (Rechnungsanschrift angeben)		
Name		
Straße, PLZ, Ort		
Telefon		
8. Hausarzt:		
Name		
Straße, PLZ, Ort		
Telefon		
9.		
1. Facharzt:		
Name		
Straße, PLZ, Ort		
Telefon		
2. Facharzt:		
Name		
Straße, PLZ, Ort		
Telefon		
2. Gewünschte Unterbringung: <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer		
3. Termin zur Aufnahme:		
4. Kostenträger		
Krankenkasse: Vers.- Nr.:.....		

•
Ansprechpartner:.....

- Haben Sie Anspruch auf Beihilfe? ja nein

Falls ja

Name:

Straße:

PLZ, Ort:

- Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen? ja nein
- Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?

Name:

Straße:

PLZ, Ort: Telefon:

- Erhalten Sie bereits Pflegegeld? ja nein
- Soll Pflegegeld beantragt werden? ja nein

13. Art der Einkünfte: Witwenrente Euro: _____

Altersrente Euro: _____

Betriebsrente Euro: _____

Versorgungsrente Euro: _____

Sonstige Rente Euro: _____

(bitte Kopien der einzelnen Bescheide beifügen)

Erläuterung: Bitte prüfen Sie selbst, ob die monatlichen Kosten des Heimaufenthaltes aus den Einkünften, wie z.B. Renten, Einkünften aus Vermietungen oder Verpachtungen oder dem vorhandenen Vermögen finanziert werden können. Ist dies nicht möglich, so muss vor dem Einzug in das Altenheim ein Antrag auf Übernahme der Heimkosten bei Ihrem zuständigen Sozialamt gestellt werden. Diesen Antrag können Sie selbst, oder ein von Ihnen Bevollmächtigter, stellen.

Bankeinzug soll vorgenommen werden? ja nein

Bank: : _____

BLZ: _____ Kontonummer: _____

14. Kranken und Pflegeversicherung

- Liegt bereits eine Einstufung für die häusl. Pflege vor? ja, Pflegestufe nein, wurde beantragt am:
- Liegt eine Notwendigkeitsbescheinigung zur Heimaufnahme vor? ja nein ist beantragt, am.....
 ärztl. Fragebogen ausgehändigt / Antrag auf HNE
- Wurde bereits ein Antrag bei der zuständigen Pflegekasse für die stationäre Leistung gestellt? ja, wurde beantragt am..... nein

Name der Pflegeversicherung

Straße

PLZ, Ort Telefon:

15. Schwerbehindertenausweis: ja ___% der Behinderung nein

Merkzeichen: VB BI EB RF

aG G H B

Qualitätsmanagementhandbuch

Geltungsbereich: gesamte Einrichtung

U. Schmidt GmbH, An der Bleiche 28, 52457 Aldenhoven, Tel.: 02464/9086-0, Fax: 02464/9086-508

16. Anträge:

- Antrag auf Befreiung von der Rundfunkgebühr wurde gestellt? ja nein
- Antrag auf Telefongebührenvergünstigung wurde gestellt? ja nein
- Antrag auf Befreiung zur Zuzahlung von Medikamenten liegt vor
Wenn nein, wird gestellt? ja nein
- Postzustellung: an Bewohner selbst
 an Angehörige(n)/Betreuer/in
(mit Anschrift, Tel.-Nr.) ja nein

Liegt eine Haftpflicht- bzw. Hausratversicherung vor? ja nein
Wenn nein, wird abgeschlossen? ja nein

Sollten Sie keine Versicherung abschließen, machen wir Sie vorsorglich darauf aufmerksam, sollte es zu Schäden inner- und außerhalb der Einrichtung kommen ist der Bewohner selbst haftbar zu machen.

17. Unterzeichnung

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Aufzunehmenden

Wird von der Einrichtung ausgefüllt:

Wohnbereich: _____ Zimmernummer: _____

Aufnahmetag: _____

Beginn Heimvertrag: _____

Sonstiges:

Erarbeitet im Hauptleitertreffen durch Frau E. Esser, U. Alavi, E. Nett, A. Steinbusch, I. Bläser, A. Kleinermann, S. Mommertz- Selzer am 23.05.2012

© U. Schmidt GmbH	Revision: 6	Freigegeben: 15.04.2000	Seite 3 von 3
Bearbeiter: AS / SMS	Geprüft: 15.10.2012	Datum: 15.10.2012	Formular: B1/01