

Qualitätsmanagementhandbuch

Geltungsbereich: gesamte Einrichtung

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? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Falls ja		
Name:		
Straße:		
PLZ, Ort:		
• Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
• Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?		
Name:		
Straße:		

Qualitätsmanagementhandbuch

Geltungsbereich: gesamte Einrichtung

PLZ, Ort:	Telefon
• Erhalten Sie bereits Pflegewohngeld? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
• Soll Pflegewohngeld beantragt werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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?
<input type="checkbox"/> ja, Pflegestufe <input type="checkbox"/> nein, wurde beantragt am:
• Liegt eine Notwendigkeitsbescheinigung zur Heimaufnahme vor?
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt, am.....
<input type="checkbox"/> ärztl. Fragebogen ausgehändigt / Antrag auf HNE
• Wurde bereits ein Antrag bei der zuständigen Pflegekasse für die stationäre Leistung gestellt? <input type="checkbox"/> ja, wurde beantragt am..... <input type="checkbox"/> nein
Name der Pflegeversicherung
Straße
PLZ, Ort Telefon:

15. Schwerbehindertenausweis: <input type="checkbox"/> ja ___% der Behinderung <input type="checkbox"/> nein
Merkzeichen: <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> EB <input type="checkbox"/> RF
<input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B

16. Anträge:
• Antrag auf Befreiung von der Rundfunkgebühr wurde gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Antrag auf Telefongebührenvergünstigung wurde gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Antrag auf Befreiung zur Zuzahlung von Medikamenten liegt vor <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, wird gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
• Postzustellung: <input type="checkbox"/> an Bewohner selbst
<input type="checkbox"/> an Angehörige(n)/Betreuer/in (mit Anschrift, Tel.-Nr.)

Qualitätsmanagementhandbuch

Geltungsbereich: gesamte Einrichtung

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. Kleiner mann, S. Mommertz- Selzer am 23.05.2012

© „Am Mühlenteich“	Revision:1	Freigegeben:	Seite 3 von 3
Bearbeiter: SMS, IBL	Geprüft	Datum: 23.10.2012	Formular: