

## Anmeldung zur Heimaufnahme

<b>Persönliche Stammdaten (des potentiellen Nutzers)</b>	
Name:	Geburtsname:
Vorname:	Staatsangehörigkeit:
Geburtsdatum:	Geb. Ort:
Konfession:	Fam. Stand:
Adresse: Straße: PLZ/ Ort: Tel./mobil:	
<b>Derzeitiger Aufenthalt</b>	
Krankenhaus <input type="radio"/> Reha-Klinik <input type="radio"/> Kurzzeitpflege <input type="radio"/> siehe oben <input type="radio"/>	
Adresse Straße: PLZ/ Ort: Tel./mobil:	
<b>Krankenkasse</b>	
Adresse Straße: PLZ/ Ort: Tel./Fax/mobil:	
Zuzahlungsbefreit? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	
Gesetzlich: <input type="radio"/>	
Privat: <input type="radio"/>	
Vers.nr.:                 _____	
<b>Grad der Pflegebedürftigkeit</b>	
<b>Bei Vorliegen eines Pflegegrades bitte Kopien der Bescheide übersenden.</b>	
Pflegeeinstufung erfolgt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein        Datum: _____	
Antrag auf Höherstufung gestellt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein        Datum: _____	
MDK Besuch erfolgt: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein        Datum: _____	
<b>Pflegegrad:</b> <input type="radio"/> 0 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5	

Freigabe:	Geprüft :	Bearbeitet:	Änderungsstatus:	Datum:	Seite 1
R. Krause/ EL	A. van Koeverden/ PDI	T. Mongs/ Verwaltung	2	01.04.2023	von 3

<b>Hausarzt</b>	<b>Facharzt</b>
Name:	Name:
Straße:	Straße:
PLZ/ Ort:	PLZ/ Ort:
Telefon:	Telefon:
E-Mail:	E-Mail:
Fax:	Fax:
<b>1.Nächste Angehörige/Bezugspersonen:</b>	
Name:	Vorname:
Adresse Straße: PLZ/ Ort: Tel./mobil <b>E-Mail:</b>	
Erreichbarkeit:	Verwandtschaftsgrad:
<b>2.Nächste Angehörige/Bezugspersonen (optional):</b>	
Name:	Vorname:
Adresse Straße: PLZ/ Ort: Tel./mobil <b>E-Mail:</b>	
Erreichbarkeit:	Verwandtschaftsgrad:
<b>Liegt eine Vorsorgevollmacht vor?</b> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/>	
Wenn ja, wer ist benannt:	
<b>Angaben zur Betreuung</b>	
<b>Liegt eine gesetzliche Betreuung vor?</b> ja <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> beantragt <input type="radio"/>	
Name, Vorname: Straße: PLZ/ Ort: Tel./ mobil: <b>E-Mail:</b>	

<b>Betreuungsbereiche:</b> <input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge <input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung <input type="checkbox"/> Vermögenssorge <input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> alle Angelegenheiten	<b>Liegt ein gerichtlicher Fixierungsbeschluss vor?</b> <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, für: <input type="checkbox"/> Bettgitter <input type="checkbox"/> Therapiestuhl <input type="checkbox"/> Bauchgurt <input type="checkbox"/> sonstiges: _____ <b>Aktenzeichen:</b>
---	--

Angaben zur finanziellen Situation		
1. Rente	€	wird gezahlt von: _____ Renten-Nr.: _____
2. Rente	€	wird gezahlt von: _____ Renten-Nr.: _____
3. Rente	€	wird gezahlt von: _____ Renten-Nr.: _____
4. Rente	€	wird gezahlt von: _____ Renten-Nr.: _____
5. Rente	€	wird gezahlt von: _____ Renten-Nr.: _____
Ersparnisse in Höhe von ca. _____ €		
Anderes Vermögen: <input type="checkbox"/> Eigentum <input type="checkbox"/> Mieteinnahmen <input type="checkbox"/> Zinsen <input type="checkbox"/> Pacht		
Die Heimkosten werden selbst bezahlt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Wurde aufgrund der Heimkosten beim Sozialamt ein Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Adresse Sozialamt		
Straße:		
PLZ/ Ort:		
Telefon:		
Sachbearbeiter/in:		
Wünsche zum Einzug		
Angaben zum Zimmer:		
<input type="checkbox"/> Einzelzimmer		
Gewünschter Einzugstermin: _____		

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Bewerbers/ ges. Vertreters

Freigabe:	Geprüft :	Bearbeitet:	Änderungsstatus:	Datum:	Seite 3
R. Krause/ EL	A. van Koeverden/ PDI	T. Mongs/ Verwaltung	2	01.04.2023	von 3