

**Anmeldung zur Heimaufnahme (auch Kurzzeitpflege)**

Bitte ankreuzen:  Heimaufnahmetermin steht fest, bzw. nach Krankenhausaufenthalt  
 Warteliste bzw. Heimaufnahmetermin noch unklar

1. Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

2. Vorname(n) (Rufnamen bitte unterstreichen): \_\_\_\_\_

3. Wohnung (polizeilich gemeldeter Hauptwohnsitz)

Straße u. Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

4. Nebenwohnung (polizeilich gemeldeter Zweitwohnsitz)

Straße u. Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Wohnort: \_\_\_\_\_

5. Zur Zeit in welchem Krankenhaus, Heim oder Einrichtung? (falls zutreffend)

Name: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße u. Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Aufnahmetag: \_\_\_\_\_ Aufnahmegrund: \_\_\_\_\_

6. Geburtsdatum (Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben)

am: \_\_\_\_\_ in: \_\_\_\_\_

7. Familienstand:

8. Konfession:

9. Staatsangehörigkeit:

10. Beruf erlernter: \_\_\_\_\_

zuletzt ausgeübter: \_\_\_\_\_

11. Letzte Eheschließung: am: \_\_\_\_\_

Bitte Kopie der Heiratsurkunde  
beilegen

in: \_\_\_\_\_

12. Name des Ehegatten: \_\_\_\_\_

Eventuell Todestag und -ort des Ehegatten: \_\_\_\_\_

13. Kinder - Anzahl (bei mehreren Ehen getrennte Angaben)

Volljährige: \_\_\_\_\_ Minderjährige: \_\_\_\_\_ Verstorbene: \_\_\_\_\_

14. Angehörige (falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)

a) wie verwandt: \_\_\_\_\_ Name: \_\_\_\_\_

Postleitzahl: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Straße u. Haus-Nr.: \_\_\_\_\_

Mobiltelefon/Handy: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

b) wie verwandt: _____ Name: _____	
Postleitzahl: _____ Ort: _____	
Straße u. Haus-Nr.: _____	
Mobiltelefon/Handy: _____	
Telefon: _____	Fax: _____
<b>15. Betreuer / Bevollmächtigter (bitte Kopie des Beschlusses oder der Vollmacht beilegen)</b>	
Name: _____ Vorname: _____	
Postleitzahl: _____ Ort: _____	
Straße u. Haus-Nr.: _____	
Telefon: _____	Fax: _____
<b>16. Krankenkasse (oder sonstiger Kostenträger für Arzt, Arznei usw.)</b>	<b>Bitte Versichertenkarte und eventuell Befreiungsausweis bei der Heimaufnahme mitbringen</b>
Name der Krankenkasse: _____	
Postleitzahl: _____ Ort: _____	
Krankenversicherungsnummer: _____	
Befreiung zur Zuzahlungspflicht (z. B. für Medikamente) bis: _____	
stationär eingestuft am _____ in die Pflegestufe _____.	
ambulant eingestuft am _____ in die Pflegestufe _____.	
<b>Falls eine Einstufung ambulant oder stationär bereits vorliegt, bitte Kopie beilegen</b>	
<b>16a. Schwerbehindertenausweis</b>	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <b>wenn ja bitte Kopie beilegen</b>
Welcher Grad? _____	Gültig bis: _____
<b>17. Hausarzt</b>	<b>Bitte Arztberichte, Krankenhausentlassungsgericht o. ä. beilegen</b>
Name: _____	
Postleitzahl: _____ Ort: _____	
Telefon: _____	Fax: _____
<b>18. Kostenträger (Zutreffende Zeilen bitte ankreuzen/Mehrfachnennungen sind möglich)</b>	
Die Heimkosten werden aufgebracht durch	
<input type="radio"/> durch eine oder mehrere Renten.	
<input type="radio"/> aus Leistungen der Pflegekasse.	
<input type="radio"/> Zuzahlung Vermögen (Sparbuch, Bankguthaben, Grundvermögen).	
<input type="radio"/> das zuständige Sozialamt in:	

19. Gewünschte Unterbringung (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Einzelzimmer

Doppelzimmer

20. Gewünschter Termin der Heimaufnahme: \_\_\_\_\_

21. Ist eine Diät notwendig? Welche?

\_\_\_\_\_

22. Bekannte Allergien: \_\_\_\_\_

23. Frühere Unterbringungen in einem Heim, einer Anstalt oder einer ähnlichen Einrichtung. Wo? Wann? Warum?

Wenn vorhanden bitte Entlassungsberichte beilegen.

\_\_\_\_\_

24. Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?

\_\_\_\_\_

25. Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen

26. Einverständniserklärung Begutachtung durch den Medizinischen Dienst oder Heimaufsicht (Achtung: nicht gemeint sind hier Begutachtungen zum Zwecke der Einstufung in eine Pflegestufe)

Im Falle einer unangemeldeten Kontrolle durch o. g. Prüfungsinstitutionen erfolgen Begutachtungen zur Beurteilung des Pflegezustandes und der Zufriedenheit der Bewohner.

Bitte kreuzen Sie folgende Wahlmöglichkeiten an:

Ich bin generell mit einer Begutachtung oder Befragung einverstanden

Ich möchte von Fall zu Fall entscheiden, bitte kontaktieren Sie mich an einem Prüfungstag

Ich bin generell **nicht** mit einer Begutachtung oder Befragung einverstanden

27. Einverständniserklärung Fotos für die Pflegedokumentation

Das Alten- und Pflegeheim kann für die Pflegedokumentation Fotos über den Hautzustand des Bewohners anfertigen, sofern erforderlich.

Ich bin mit einer Fotodokumentation einverstanden

Ich bin **nicht** mit einer Fotodokumentation einverstanden

Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_

Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten : \_\_\_\_\_

Unterschrift des Aufzunehmenden : \_\_\_\_\_

**Bitte überzeugen Sie sich vor der Absendung, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind.**