

Anmeldung zur Aufnahme in vollstationäre Pflege*
 Kurzzeitpflege



Vertragsbeginn: Vertragsende:

Einzugsdatum: Zimmernummer:

Pflegegrad: Debitorennummer:

Angemeldet wird:
Name / Vorname (n)

Geburtsname:

Geburtsdatum: **Geburtsort:**

Familienstand:

Religion: **Staatsangehörigkeit:**

Derzeitiger Wohnsitz:
Postleitzahl / Wohnort / Straße / Telefonnummer

Kranken- / Pflegeversicherungsträger:

Krankenversicherungsnummer:

Liegt eine Schwerbehinderung vor? nein ja und zwar mit% (Kopie des Ausweises beifügen)

Liegt eine Befreiung von der Rezeptgebühr durch die Krankenkasse vor? nein ja (Kopie beifügen)

Ehegatte:*
Name / Vorname / Geburtsname

Geburtsdatum:*

Hochzeitstag (Standesamt):* **Verstorben am:**

Wer meldet den Pflegebedürftigen zur Heimaufnahme an?

Pflegebedürftiger selbst

Angehöriger **Name, Vorname:**
Verwandtschaftsgrad:
Adresse:
Telefon:
Email-Adresse:

Der Angehörige führt die Anmeldung im Auftrag des Pflegebedürftigen durch.

Dem o. g. Angehörigen wurde eine Vollmacht erteilt, um im Auftrag des Pflegebedürftigen alle im Zusammenhang mit der Versorgung im Pflegeheim stehenden Rechtsgeschäfte (Unterzeichnung des Heimvertrages incl. Anlagen etc.) zu tätigen.

Dem o. g. Angehörigen wurde eine Bankvollmacht erteilt, um im Auftrag des Pflegebedürftigen die Erteilung einer Einzugsermächtigung der Heimkosten zu tätigen.

Bevollmächtigt ist eine andere Person und zwar:
.....
.....

Verwandtschaftsgrad / Name / Vorname / Postleitzahl / Wohnort / Straße / Telefon / Email-Adresse

Rechnungsadresse:
(ausschl. Heimkostenabrechnung) Name / Vorname

Postleitzahl / Wohnort / Straße

Wer bekommt die Post?*

Name / Vorname

Postleitzahl / Wohnort / Straße

Postnachsendeauftrag wird gewünscht* ja nein

**Briefkastenschlüssel wird
ausgehändigt an:***

Name / Vorname

Postleitzahl / Wohnort / Straße

Liegt für den Pflegebedürftigen eine gesetzliche Betreuung vor oder wurde diese beantragt?

- gesetzlicher Betreuer
- Berufsbetreuer
-
- Verwandschaftsgrad / Name / Vorname / Postleitzahl / Wohnort / Straße / Telefon / Email-Adresse

Betreuung seit:

Gültig bis:

- Die Betreuung umfasst die Aufgabenbereiche:**
- Sorge für die Gesundheit Vermögenssorge
 - Unterbringung Sorge für alle Angelegenheiten
 - Sonstiges:

Die Einrichtung einer Betreuung wurde schriftlich beantragt*

Antragsteller:

.....

Verwandschaftsgrad / Postleitzahl / Wohnort / Straße / Telefon

Antragsdatum:

Antrag gestellt beim Amtsgericht:

Können die voraussichtlich entstehenden Kosten des Heimaufenthaltes für einen Zeitraum von mindestens 6 Monaten ohne Inanspruchnahme von Sozialhilfe (Hilfe zur Pflege) selbst getragen werden?*

ja nein

Falls nein, wurde bereits ein Antrag beim zuständigen Sozialhilfeträger auf Hilfe zur Pflege gestellt?*

ja nein

Wann und von wem?*

Bei welcher Stelle?*

Aktenzeichen:*

Wurde bei der zuständigen Pflegekasse bereits ein Erstantrag auf Leistungen aus dem Pflegeversicherungsgesetz gestellt? ja nein

Wann und von wem?

.....
.....
.....
Verwandtschaftsgrad / Postleitzahl / Wohnort / Straße / Telefon

Haben Sie in den letzten 12 Monaten voll- oder teilstationäre Leistungen der Pflegekasse in Anspruch genommen?

ja nein

wenn ja, wann und wo:

.....
.....

Liegt eine Schnelleinstufung vor? (falls ja bitte in Kopie beifügen)

ja nein

Pflegegrad:

Liegt ein schriftlicher Einstufungsbescheid der Pflegekasse vor?* (falls ja, bitte in Kopie beifügen)

ja wenn ja, Gutachten liegt in Kopie vor nein

Wurde bei der zuständigen Pflegekasse bereits ein Antrag auf Leistungen für Kurzzeitpflege bzw. vollstationäre Pflege gestellt?*

ja wenn ja, Leistungsbescheid liegt in Kopie vor nein

Welche Pflegeleistungen (aus der Pflegeversicherung) werden im Moment in Anspruch genommen:

Pflegegeld Sachleistung Kombileistung Tagespflege Nachtpflege

Betreuungsleistungen keine

Wurde ein schriftlicher Antrag auf Höherstufung gestellt?* ja nein

Wann und von wem?

.....
.....
.....
Name / Postleitzahl / Wohnort / Straße

Hausarzt:

.....
.....
.....
Name / Adresse / Telefonnummer

Fachärzte:

(z. B. Urologe, Kardiologe, Neurologe etc.)

.....
.....

Sanitätshaus:

.....

Welche Hilfsmittel sind vorhanden: Rollator Rollstuhl Gehstock

Privateigentum Eigentum des Sanitätshauses

Name:

Inkontinenzversorgung: Rezept: Ja **Versorgung durch:**
 Nein

Inkontinenzmaterial bisher selber gekauft/bezahlt

Inkontinenzmaterial wird mitgebracht

Wünsche für den Aufenthalt im Marienheim:

Krankenhaus (wenn notwendig):*

Hausarzt:*

Apotheke:*

Wurden vom Pflegebedürftigen bereits Verfügungen für den Fall des Todes getroffen?*

ja und zwar:

Vorsorgevertrag mit:

nein

Bestattungsunternehmen:*

.....
Name / Adresse

Wer soll im Todesfall außer den bereits genannten Angehörigen / Betreuern informiert werden? (Notar?)*

.....
Name / Postleitzahl / Wohnort / Straße

Ich erkläre, dass die hier von mir gemachten Angaben nach bestem Wissen gemacht wurden und keine für eine Heimaufnahme relevanten Daten von mir verschwiegen wurden.

Ort, Datum: Unterschrift:

Folgende Unterlagen werden bei Heimaufnahme benötigt:

- Heiratsurkunde oder Geburtsurkunde (wenn nicht verheiratet)*
- Evtl. Sterbeurkunde des Ehegatten*
- Krankenversicherungskarte*
- Personalausweis oder Reisepass*
- Leistungsbescheid der Pflegekasse zur Kostenübernahme*
- Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen*
- Einzugsermächtigungen zum Einzug der Heimkosten/Zuzahlung Medikamente*
- Betreuungsermächtigung/Vollmacht/Patientenverfügung*
- ggf. Schwerbehindertenausweis*
- Ärztliche Bescheinigung zum Infektionsschutzgesetz*
- Diagnoseliste von Hausarzt und/oder ärztl. Entlassbrief Krankenhaus/Reha*