

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: .....

**Ohne diese Unterlagen ist keine Heimaufnahme möglich! :**

- Personalausweis oder Reisepass\*
- Leistungsbescheid der Pflegekasse zur Kostenübernahme\*
- Betreuungsermächtigung/Vollmacht/Patientenverfügung\*

**Weiterhin benötigen wir :**

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