

Anmeldung zur Heimaufnahme

- Kurzzeitpflege
 Vollstationäre Pflege

Termin für die
Heimaufnahme:

Persönliche Daten des zukünftigen Bewohners

| | | | |
|--|----------------------------------|----------------|--|
| Name: | | Geburtsname: | |
| Anschrift: | | | |
| Telefonnummer: | Konfession: | Pfarrei: | |
| Geburtsdatum: | Geburtsort: | Familienstand: | |
| Staatsangehörigkeit: | Pflegegrad: Bescheid beilegen | | |
| Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus/ Altenheim): | | | |

Wichtige Adressen

| | |
|---|----------------|
| <u>Angehörige:</u> (Vorname/ Name) | Wie verwandt? |
| Anschrift: | Telefonnummer: |
| <u>Angehörige:</u> (Vorname/ Name) | Wie verwandt? |
| Anschrift: | Telefonnummer: |
| <u>Angehörige:</u> (Name) | Wie verwandt? |
| Anschrift: | Telefonnummer: |
| <u>Bevollmächtigte:</u> (Name) | Wie verwandt? |
| Anschrift: | Telefonnummer: |
| <u>Betreuer:</u> (Name) | Telefonnummer: |
| Anschrift: | Faxnummer: |



Wichtige Adressen

Hausarzt: (Name)

Telefonnummer:

Anschrift:

Faxnummer:

Facharzt: (Name)

Fachrichtung:

Anschrift:

Telefonnummer:

Facharzt: (Name)

Fachrichtung:

Anschrift:

Telefonnummer:

Kostenträger

Bitte geben Sie die Adressen an die für die Kosten aufkommen.

Krankenkasse:

Versicherten – Nr.:

Telefonnummer:

Anschrift:

Faxnummer:

Pflegekasse:

Telefonnummer:

Anschrift:

Faxnummer:

Sozialamt:

Telefonnummer:

Anschrift:

Faxnummer:

Beihilfe:

Telefonnummer:

Anschrift:

Faxnummer:

Rechnungsempfänger:

Telefonnummer:

Anschrift:

Faxnummer:

Unterbringung nach Möglichkeit

Einzelzimmer

EZ- Zuschlag 1,02€ pro Tag

Doppelzimmer

| | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Möchten Sie einen Zimmerschlüssel? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Möchten Sie einen Telefonanschluss? | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Toilettenstuhl, Wechseldruckauflage, Gelkissen) die bei der Aufnahme mitgebracht werden. | Persönlicher Eigentum | Krankenkassen-eigentum |
| | | |
| | | |
| Bitte erläutern Sie kurz aus Ihrer Sicht den Grund für die Anmeldung: | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Ich (Bewohner/Angehöriger/Betreuer) stimme zu das eine halbjährliche zahnmedizinische Vorsorgeuntersuchung, durch den Kooperationszahnarzt der Einrichtung durchgeführt werden soll:

Ja

Nein

Ort/ Datum

Unterschrift (des zukünftigen
Heimbewohners oder dessen
gesetzl. Vertreters)

Anlage zum Heimvertrag

Der Bewohner erklärt sich damit einverstanden, dass der behandelnde Arzt das Heim über die Erfordernisse der täglichen Pflege informiert und die erforderlichen Medikation schriftlich mitteilt. Er befreit ihn insoweit von der ärztlichen Schweigepflicht.

_____ den _____

Unterschrift (des zukünftigen
Heimbewohners oder dessen
gesetzl. Vertreters)