

Qualitätsmanagementhandbuch

Geltungsbereich: Gesamte Einrichtung

B1/01 Anmeldung zur Heimaufnahme

(Bitte zusammen mit dem ärztlichen Fragebogen zur Heimaufnahme einsenden)

1. Vor- und Zuname Geburtsname	Beruf	
2. Adresse	Telefon	
3. Derzeitiger Aufenthalt (bei Krankenhaus oder Altenheim bitte entsprechende Adresse)		
4. Geburtsdatum	Geburtsort	
5. Familienstand	Konfession	Staatsangehörigkeit
6. Angehörige		
a) Name		
Straße, PLZ, Ort.....		
Wie verwandt	Telefon	
b) Name		
Straße, PLZ, Ort.....		
Wie verwandt	Telefon	
c) Name		
Straße, PLZ, Ort.....		
Wie verwandt	Telefon	
7. Betreuer (nach Betreuungsrecht, Vollmacht oder Bestallungsurkunde beilegen)		
Name		
Straße, PLZ, Ort.....		
	Telefon	
1. Selbstzahler: (Rechnungsanschrift angeben)		
Name		
Straße, PLZ, Ort		
	Telefon	
8. Hausarzt:		
Name		
Straße, PLZ, Ort		
	Telefon	
9.		
1. Facharzt:		
Name		
Straße, PLZ, Ort		
	Telefon	
2. Facharzt:		
Name		
Straße, PLZ, Ort		
	Telefon	
2. Gewünschte Unterbringung: <input type="checkbox"/> Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer		
3. Termin zur Aufnahme:		
4. Kostenträger		
Krankenkasse:		
Vers.- Nr.:.....		
Ansprechpartner:.....		

Qualitätsmanagementhandbuch

Geltungsbereich: Gesamte Einrichtung

• Haben Sie Anspruch auf Beihilfe?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Falls ja		
Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	
• Wird Unterstützung durch die Sozialhilfe bezogen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Wenn ja, welches Sozialamt ist zuständig?		
Name:	
Straße:	
PLZ, Ort:	Telefon
• Erhalten Sie bereits Pflegegeld?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Soll Pflegegeld beantragt werden?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

13. Art der Einkünfte:	Witwenrente	Euro:	_____
	Altersrente	Euro:	_____
	Betriebsrente	Euro:	_____
	Versorgungsrente	Euro:	_____
	Sonstige Rente	Euro:	_____
(bitte Kopien der einzelnen Bescheide beifügen)			
Erläuterung: Bitte prüfen Sie selbst, ob die monatlichen Kosten des Heimaufenthaltes aus den Einkünften, wie z.B. Renten, Einkünften aus Vermietungen oder Verpachtungen oder dem vorhandenen Vermögen finanziert werden können. Ist dies nicht möglich, so muss vor dem Einzug in das Altenheim ein Antrag auf Übernahme der Heimkosten bei Ihrem zuständigen Sozialamt gestellt werden. Diesen Antrag können Sie selbst, oder ein von Ihnen Bevollmächtigter, stellen.			
Bankeinzug soll vorgenommen werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Bank: : _____			
BLZ: _____ Kontonummer: _____			

14. Kranken und Pflegeversicherung		
• Liegt bereits eine Einstufung für die häusl. Pflege vor?	<input type="checkbox"/> ja, Pflegestufe	<input type="checkbox"/> nein, wurde beantragt am:
• Liegt eine Notwendigkeitsbescheinigung zur Heimaufnahme vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ist beantragt, am.....	<input type="checkbox"/> ärztl. Fragebogen ausgehändigt / Antrag auf HNE
• Wurde bereits ein Antrag bei der zuständigen Pflegekasse für die stationäre Leistung gestellt?	<input type="checkbox"/> ja, wurde beantragt am.....	<input type="checkbox"/> nein
Name der Pflegeversicherung		
Straße		
PLZ, Ort		
Telefon:		

15. Schwerbehindertenausweis:	<input type="checkbox"/> ja	___% der Behinderung	<input type="checkbox"/> nein
Merkzeichen:	<input type="checkbox"/> VB	<input type="checkbox"/> BI	<input type="checkbox"/> EB
	<input type="checkbox"/> aG	<input type="checkbox"/> G	<input type="checkbox"/> H
		<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> RF

16. Anträge:		
• Antrag auf Befreiung von der Rundfunkgebühr wurde gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Antrag auf Telefongebührenvergünstigung wurde gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
• Antrag auf Befreiung zur Zuzahlung von Medikamenten liegt vor?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, wird gestellt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Qualitätsmanagementhandbuch

Geltungsbereich: Gesamte Einrichtung

- Postzustellung: an Bewohner selbst
 an Angehörige(n)/Betreuer/in
(mit Anschrift, Tel.-Nr.)

Liegt eine Haftpflicht- bzw. Hausratversicherung vor? ja nein
Wenn nein, wird abgeschlossen? ja nein

Sollten Sie keine Versicherung abschließen, machen wir Sie vorsorglich darauf aufmerksam, sollte es zu Schäden inner- und außerhalb der Einrichtung kommen ist der Bewohner selbst haftbar zu machen.

17. Unterzeichnung

Ort: _____

Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers

Unterschrift des Aufzunehmenden

Wird von der Einrichtung ausgefüllt:

Wohnbereich: _____ Zimmernummer: _____

Aufnahmetag: _____

Beginn Heimvertrag: _____

Sonstiges:

