

# Qualitätsmanagementhandbuch

Geltungsbereich: gesamte Einrichtung

## B1/01 Anmeldung zur Heimaufnahme

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:.....			
• Haben Sie Anspruch auf Beihilfe? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
Falls ja			
© Am Holzbendenpark	Revision 1:	Freigegeben: 19.10.2012	Seite 1 von 3
Bearbeiter: SMS/BS/UA/GR	Geprüft: 19.10.2012	Datum: 24.10.2011	Formular:B1/01

Wohnanlage für Senioren und Behinderte „Am Holzbendenpark“

# Qualitätsmanagementhandbuch

Geltungsbereich: gesamte Einrichtung

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: _____	
<small>( bitte Kopien der einzelnen Bescheide beifügen)</small>		
<b>Erläuterung:</b> 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"/> RF <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B

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
• Postzustellung:	<input type="checkbox"/> an Bewohner selbst <input type="checkbox"/> an Angehörige(n)/Betreuer/in (mit Anschrift, Tel.-Nr.)

Wohnanlage für Senioren und Behinderte „Am Holzbendenpark“

# Qualitätsmanagementhandbuch

Geltungsbereich: gesamte Einrichtung

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:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Erarbeitet im Hauptleitertreffen durch Frau E. Esser, U. Alavi, E. Nett, A. Steinbusch, I. Bläser, A. Kleinermann, S. Mommertz- Selzer am 23.05.2012