

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:.....		

©	Revision: 3	Freigegeben: 23.11.06	Seite 1 von 3
Bearbeiter: AS / SMS	Geprüft: 29.05.12	Datum: 29.05.12	Formular: B1/01

Qualitätsmanagementhandbuch

Geltungsbereich: gesamte Einrichtung

<ul style="list-style-type: none"> • 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

<p>13. Art der Einkünfte: Witwenrente Euro: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Altersrente Euro: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Betriebsrente Euro: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Versorgungsrente Euro: _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Sonstige Rente Euro: _____</p> <p>(bitte Kopien der einzelnen Bescheide beifügen)</p> <p>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.</p> <p>Bankeinzug soll vorgenommen werden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Bank: : _____</p> <p>BLZ: _____ Kontonummer: _____</p>

<p>14. Kranken und Pflegeversicherung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liegt bereits eine Einstufung für die häusl. Pflege vor? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ja, Pflegestufe <input type="checkbox"/> nein, wurde beantragt am: • Liegt eine Notwendigkeitsbescheinigung zur Heimaufnahme vor? <ul style="list-style-type: none"> <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 <p>Name der Pflegeversicherung</p> <p>Straße</p> <p>PLZ, Ort Telefon:</p>

<p>15. Schwerbehindertenausweis: <input type="checkbox"/> ja ___% der Behinderung <input type="checkbox"/> nein</p> <p style="padding-left: 40px;">Merkzeichen: <input type="checkbox"/> VB <input type="checkbox"/> BI <input type="checkbox"/> EB <input type="checkbox"/> RF</p> <p style="padding-left: 40px;"> <input type="checkbox"/> aG <input type="checkbox"/> G <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> B</p>

<p>16. Anträge:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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

Qualitätsmanagementhandbuch

Geltungsbereich: gesamte Einrichtung

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.)
Liegt eine Haftpflicht- bzw. Hausratversicherung vor?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Wenn nein, wird abgeschlossen?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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

<u>Wird von der Einrichtung ausgefüllt:</u>
Wohnbereich: _____ Zimmernummer: _____
Aufnahmetag: _____
Beginn Heimvertrag: _____
<u>Sonstiges:</u>

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

©	Revision: 3	Freigegeben: 23.11.06	Seite 3 von 3
Bearbeiter: AS / SMS	Geprüft: 29.05.12	Datum: 29.05.12	Formular: B1/01