



Anmeldung zur

Heimaufnahme

Kurzzeitpflege

Gewünschter Einzugstermin:..... von:..... bis:.....

Tatsächlicher Einzugstermin in Zimmer-Nr.:

Zimmerwunsch: Einzelzimmer Doppelzimmer

Vor-/Nachname:..... **Geb.Name:**.....

Geb.Datum:..... **Geb.Ort:**..... **Fam.Stand:**.....

Konf.:..... **Staatsangeh:**..... **zul. ausgeübte Tätigkeit:**.....

Wohnanschrift:.....

Aktueller Aufenthaltsort:.....

Angehörige: a)
Name Adresse
.....
wie verwandt Telefon privat/dienstlich

b)
Name Adresse
.....
wie verwandt Telefon privat/dienstlich

c)
Name Adresse
.....
wie verwandt Telefon privat/dienstlich

Gesetzlicher Betreuer: Ja Nein Antrag wurde gestellt

.....
Name, Anschrift, Tel.Nr. (Betreuerausweis in Kopie in Verwaltung abgeben)

Patientenverfügung ja nein **Vorsorgevollmacht** ja nein

Bitte geben Sie eine Kopie in der Verwaltung ab

Krankenkasse:
Name, Anschrift, Tel. und KV-Nr.

Pflegekasse:
Name, Anschrift, Tel.

Bei Kurzzeitpflegeunterbringung informieren Sie bitte die Pflegekasse über den geplanten Aufenthalt.

Hausarzt:
Name, Anschrift, Tel.

Übernimmt der bisherige Hausarzt die ärztliche Betreuung auch weiterhin: ja nein

Wenn nein, wer soll während des Aufenthalts in unserem Haus die ärztliche Betreuung übernehmen:

.....
Name, Anschrift, Tel.

Leistungen der Pflegeversicherung: ja nein **Leistungen beantragt** ja am nein

Seit **in folgender Pflegegrad eingruppiert** 1 2 3 4 5

Wurde Ihrerseits eine höherer Pflegegrad beantragt? ja am nein

Wurde Übergangsgeld nach § 39c bei der Pflegekasse beantragt? ja nein

Sollen zusätzliche Betreuungsleistungen durchgeführt werden? ja nein
(wird extra berechnet und kann bei Pflegekasse eingereicht werden)

Wünsche bei der Sterbebegleitung ? :

.....
(Soll auch Nachts informiert werden?, Soll ein Seelsorger/ Hospiz eingeschaltet werden?, Wie möchten Sie bestattet werden?, Von wem?....)

Finanzierung der Heimkosten:

Selbst-/Privatzahler **Beihilfeberechtigung:** ja, Name der Beihilfekasse:..... nein

Monatl. Einkommen ca. €

Sozialhilfeantrag wurde bereits gestellt nein ja am bei

Sozialhilfeantrag muss noch gestellt werden

Liegt eine Rezeptgebührenbefreiung vor? ja nein
Bitte geben Sie eine Kopie in der Verwaltung ab

Schwerbehindertenausweis vorhanden ? ja nein
Bitte geben Sie eine Kopie in der Verwaltung ab

Datum:
.....
Unterschrift des Antragstellers

Wird von Einrichtung ausgefüllt:

Vermittlungsstruktur:

Einzugsgründe:

Erstgespräch:	Krankenhaus <input type="checkbox"/>	mangelnde räuml.Situation <input type="checkbox"/>
Wann:	Stationäre/teilstationäre Angebote <input type="checkbox"/>	häusl.Pflege nicht sichergest. <input type="checkbox"/>
Wo:	Printmedien <input type="checkbox"/>	Wunsch nach sozialer Integration <input type="checkbox"/>
Mit wem:	Internet <input type="checkbox"/>	eigener Wunsch <input type="checkbox"/>
	Mundpropaganda <input type="checkbox"/>	
	Unbekannt/Sonstiges <input type="checkbox"/>	

Wäschesack bestellen: ja nein

VW-Geld-Konto einrichten: ja nein

Friseur / Fußpflege vom Haus: ja nein

Pflegeprodukte besorgen: ja nein