

## Anmeldung zur Heimaufnahme

**Einzugsdatum:** \_\_\_\_\_ **Station:** \_\_\_\_\_ **Zimmer:** \_\_\_\_\_

Nachfolgende personenbezogene Daten werden erhoben, verarbeitet und ggf. zu abrechnungstechnischen Zwecken an Pflegekassen oder Rechnungszentren weitergegeben.

### 1. Antragstellerin, Antragsteller

Name, Vorname, Geburtsname: .....

Adresse: .....

Telefon: ..... Geburtstag: ..... Geburtsort: ..... Konf.: .....

Staatsangehörigkeit: ..... Familienstand: .....

Name, Adresse und Telefonnummer der Ehepartner/Kinder:

.....  
.....  
.....  
.....

### 2. ( ) Gesetzliche Betreuung ( ) Vorsorgevollmacht

Seit: ..... Name, Vorname: ..... Telefon: .....

Anschrift: .....

verwandt? ( ) ja, wie ? ..... ( ) nein

Wirkungskreis: .....

### 3. Patientenverfügung

Liegt eine Patientenverfügung vor ( ) ja ( ) nein

Wer ist als Vertrauensperson genannt?

.....  
Name, Vorname Telefon

.....  
Adresse

### 4. Behandelnde/r Ärztin/Arzt, Hausärztin/Hausarzt

Adresse:.....

.....Telefon:.....

### 5. Benutzen Sie Hilfsmittel (z.B. Rollstuhl, Gehwagen)

( ) nein

( ) ja.....

Bevorzugtes Sanitätshaus: .....

**6. a) Kranken- und Pflegekasse: .....**

**Bei Aufnahme ist die Versicherungskarte der Krankenkasse mitzubringen**

Adresse: .....

Versicherungsnummer: .....

**b) Sind Sie von der Zuzahlung zu den Rezeptgebühren befreit?**

ja

nein

**c) Sind Sie beihilfeberechtigt?**

ja, bei .....

Adresse: .....

nein

**d) Erhalten Sie bereits Leistungen der Pflegeversicherung?**

ja

nein

Der MDK hat bereits festgestellt: die Pflegegrade  1  2  3  4  5

Wurde ein Antrag auf Begutachtung gestellt?  ja, am .....  nein

**7. Im Todesfall**

Das Zimmer wird geräumt durch Frau/Herrn: .....

Adresse: .....

Ein Bestattungsvorsorgevertrag wurde geschlossen mit: .....

Adresse: .....

**8. Von der Bewohnerin / dem Bewohner, sollte vor Heimaufnahme geklärt werden:**

Wer bezahlt die Heimkosten entsprechend dem Heimvertrag?

Selbstzahler  ja  nein

Sozialamt / Adresse: .....

Antrag auf Kostenübernahme wurde beim Sozialamt am ..... gestellt.

(Wir bitten um Vorlage des Übernahmebescheides, falls dieser bereits vorliegt.)

## 9. Folgende Papiere/Urkunden sind in Kopie beizubringen:

- |  |                           |
|--|---------------------------|
| - Geburtsurkunde                                 | - Heiratsurkunde          |
| - Sterbeurkunde/Scheidungsurkunde d. Ehepartners | - Personalausweis         |
| - Krankenkassen-Versicherungskarte               | - Rezeptgebührenbefreiung |
| - Schwerbehindertenausweis                       | - Rentenmitteilung        |

Sind keinerlei Urkunden vorhanden, wäre eine eidesstattliche Versicherung, die die Angaben über Geburts-, Heirats- und Sterbedaten des Ehegatten, bei geschiedenen Personen das Scheidungsdatum, enthalten, ausreichend. Diese Erklärung muss vom Einwohnermeldeamt des letzten Wohnortes beglaubigt sein.

## 10. Sonstiges

Bewohnerinnen und Bewohner von Pflegeeinrichtungen sind von der Rundfunkgebühr befreit. Eine entsprechende Bescheinigung erhalten Sie mit dem Heimvertrag.

Soll ein Telefon von der Einrichtung bereitgestellt werden?    ( ) ja            ( ) nein  
(Grundgebühr täglich 0,55 Euro zuzüglich angefallene Einheiten)

Soll die Wäschekennzeichnung durchgeführt werden?    ( ) ja            ( ) nein

## 11. Geimpft gegen SARS-Cov-2

( ) ja    wann .....  
(Bitte Kopie des Impfausweis beilegen)

( ) nein

## 12. Anmerkung:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift der Bewerberin/ des Bewerbers  
gesetzliche Vertreterin / gesetzlicher Vertreter