

## Anmeldung zur Heimaufnahme

**Einzugsdatum: \_\_\_\_\_ Wohnbereich: \_\_\_\_\_ 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? ( ) nein ( ) ja.....

### **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: Pflegegrad ( ) **Rüstig** ( ) 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 Geburt-, 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 monatlich Euro 17,00 + 2,9 ct/min ins dt. Festnetz  
 und 19 ct/min in alle dt. Mobilfunknetze)

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

Anmerkung:.....  
 .....  
 .....  
 .....  
 .....

.....  
 Ort, Datum

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