

[] stationäre Pflege [] Kurzzeitpflege von _____ bis _____

Auf die Einrichtung aufmerksam geworden durch / über: _____

1	Name	
2	Geburtsname	
3	Vorname	
4	Geburtsdatum	
5	Geburtsort (evt. Land, Kreis)	
6	Staatsangehörigkeit	
7	Konfession	
8	Wohnort: Straße Wohnort Telefon	
9	Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus): Straße Wohnort Telefon	
10	Heimwechsel / Stationärer Aufenthalt in vorheriger Einrichtung?	Wenn ja seit wann: _____ (Datum)
11	Familienstand	
12	Beruf	
13	Kinder	
14	Angehörige, Kontaktpersonen: wie verwandt oder bekannt Name Straße Wohnort Telefon Email-Adresse	
15	Angehörige, Kontaktpersonen: wie verwandt oder bekannt Name Straße Wohnort Telefon Email-Adresse	

16	Betreuer (Nachweis beifügen) Bevollmächtigter: Name Straße Wohnort Telefon Email-Adresse					
17	Wirkungskreis der Betreuung/ Vollmacht					
18	Wer bekommt die Korrespondenz bzw. Rechnung?					
19	Behandelnder Arzt Name Straße Ort Telefon					
20	Krankenkasse / Pflegekasse Name Straße Ort Telefon					
21	KK - Mitgliedsnummer					
22	Besitzen Sie einen gültigen Befreiungsausweis?	ja []	nein []	Besitzen Sie einen gültigen Behindertenausweis ?	ja []	nein []
23	Wer stellt diesen Antrag? In welcher Eigenschaft?					
24	<p>Die Heimkosten werden finanziert durch:</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstfinanzierung (Renten, Vermögen)</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegeversicherung</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Die Heimpflegebedürftigkeit wurde ärztlich bestätigt (Nachweis beifügen).</p> <p style="padding-left: 40px;"><input type="checkbox"/> Ein Pflegegrad _____ liegt vor (Nachweis beifügen).</p> <p>Restkosten:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Einkommen und Sozialamt / Kriegopferfürsorge</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ein Kostenübernahmeantrag wurde gestellt <input type="checkbox"/> wird umgehend gestellt</p> <p style="padding-left: 20px;">Welches Sozialamt ist zuständig? _____</p> <p><input type="checkbox"/> Selbstfinanzierung (Einkommen und Vermögen)</p>					
25	Beihilfe Name des Kostenträgers Straße Ort Telefon evtl. Sachbearbeiter Geldinstitut Kontonummer Bankleitzahl					

26	Gewünschter Wohnraum	[] Einzelzimmer [] Doppelzimmer
27	Gewünschter Einzug	Datum: [] umgehend [] als Vorsorge
28	Impfung gegen Covid 19 erfolgt?	[] Nein [] Ja: Datum 1.Impfung: _____ Datum 2. Impfung: _____ Letzte Auffrischungsimpfung: _____ bzw. Genesen seit: _____
29	Versorgung mit Inkontinenzmaterial?	[] Ja [] Nein
30	Vorkehrungen für den Sterbefall: Bestattungsunternehmen, Bestattungswünsche?	
31	Hinweise, Mitteilungen, besondere Wünsche, Bedürfnisse	

Bitte füllen Sie die Anmeldung **vollständig** aus. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

_____, den _____
Ort Datum

Unterschrift des Bewerbers

Unterschrift des Betreuers oder Bevollmächtigten

Hinweis: Sie erhalten über den Eingang der Anmeldung keine schriftliche Bestätigung. Bitte halten Sie im eigenen Interesse Kontakt zu unserer Einrichtung. Und teilen Sie uns bitte umgehend mit, wann ein Einzug in unsere Einrichtung voraussichtlich erfolgen soll.

Ihre persönlichen Daten werden im Sinne des Bundesdatenschutzgesetzes und unter den Maßgaben des Sozialgesetzbuches vertraulich behandelt.

Vermerk der Einrichtung:

Der Einzug erfolgte am: _____

ZimmerNr: _____

Telefon frei geschaltet: [] ja / [] nein

TelefonNr: _____ - _____

Dok. Nr.	Datum	Erstellt	Version	Geprüft	Freigabe	Geltungsbereich	Seite 3 / 3
U 3.2.3.2	27.04.2022	QMB	8	Verwaltung intern	Einrichtungsleitung	Tabea Diakonie Pflege	