stationäre Pflege  Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ bis\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tagespflege bis 4,5 Stunden  Tagespflege über 4,5 Stunden an den Tagen:  Mo  Di  Mi  Do  Fr

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 Eigenschaften? | |  | | | | | |
| 24 | | **Die Heimkosten werden finanziert durch:**    [ ] **Selbstfinanzierung** (Renten, Vermögen)  [ ] **Pflegeversicherung**  [ ] Die Heimpflegebedürftigkeit wurde ärztlich bestätigt (Nachweis beifügen).  [ ] Ein Pflegegrad \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ liegt vor (Nachweis beifügen).  **Restkosten:**  [ ] Einkommen und Sozialamt / Kriegopferfürsorge  [ ] Ein Kostenübernahmeantrag wurde gestellt [ ] wird umgehend  gestellt    Welches Sozialamt ist zuständig? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_    [ ] Selbstfinanzierung (Einkommen und Vermögen) | | | | | | | |
| 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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Auffrischungsimpfungen am: \_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_ bzw. Genesen seit:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Impfpass bzw. alle Nachweise über die Impfungen sind der Einrichtung vorzulegen!** | | | | | |
| 29 | | Versorgung mit Inkontinenzmaterial? | | [ ] Ja  [ ] Nein | | | | | |
| 30 | | Vorkehrungen für den Sterbefall: Bestattungsunternehmen, Bestattungswünsche? | |  | | | | | |
| 31 | | Hinweise, Mitteilungen, besondere Wünsche, Bedürfnisse | |  | | | | | |
| 32 | | Wünschen Sie einen kostenpflichtigen Festnetzanschluss für Ihr Telefon? Ja Nein | | | | | | | |

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: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_*