

[ ] 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 eine gültigen Zuzahlungsbefreiung für Medikamente?	ja [ ]	nein [ ]	Besitzen Sie einen gültigen Schwerbehindertenausweis ?	ja [ ]	nein [ ]
23	Wer stellt diesen Antrag? In welcher Eigenschaften?					
24	<p><b>Die Heimkosten werden finanziert durch:</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>Selbstfinanzierung</b> (Renten, Vermögen)</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Pflegeversicherung (Welcher Pflegegrad liegt vor?) Wurde ein Eilantrag gestellt?</b></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><b>Restkosten:</b></p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Einkommen und Sozialamt</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Ein Kostenübernahmeantrag wurde gestellt <input type="checkbox"/> wird umgehend gestellt</p> <p>Welches Sozialamt ist zuständig? _____</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Selbstfinanzierung</b> (Einkommen und Vermögen)</p>					
25	Beihilfe Name des Kostenträgers Straße Ort Telefon evtl. Sachbearbeiter Geldinstitut Kontonummer					

	Bankleitzahl	
26	Gewünschter Einzug	Datum: <input type="checkbox"/> umgehend <input type="checkbox"/> als Vorsorge
27	Versorgung mit Inkontinenzmaterial?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
28	Apotheke Name Anschrift	
29	Vorkehrungen für den Sterbefall: Bestattungsunternehmen, Bestattungswünsche?	
30	Hinweise, Mitteilungen, besondere Wünsche, Bedürfnisse Bitte beschreiben Sie kurz die Pflegesituation	

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.

Dok. Nr.	Datum	Erstellt	Version	Geprüft	Freigabe	Geltungsbereich	Seite 3 / 3
U 3.2.3.2	09.01.2024	QMB	11	Verwaltung intern	Einrichtungsleitung	Tabea Diakonie Pflege	