**Anmeldung zur Heimaufnahme**

**Erstkontakt: Datum: Name/Institution:**

**Besichtigung / Gespräch am:**

**Aufnahmetag: Zimmer:**

1. **Persönliche Daten**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | Geburtsname: |
| Vorname: |  |
| Straße: | Postleitzahl, Ort: |
| Telefon: |  |
| Geburtsdatum: | Geburtsort: |
| Familienstand: | Konfession: |
| Staatsangehörigkeit: |  |

1. **Angehörige/ Betreuer/ Bezugsperson**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: | Name: |
| Anschrift: | Anschrift: |
|  |  |
| Telefon: | Telefon: |
| Handy: | Handy: |
| E-Mail: | E-Mail: |
| Bezug: | Bezug: |

1. **Vorsorgevollmacht/ Patientenverfügung/ Betreuerausweis**

Nein Ja (Bitte eine Kopie abgeben)

1. **Rechnungslegung**

Selbstzahler Sozialhilfeempfänger Antrag gestellt am:

 (Bitte Kopie/Nachweis beifügen)

1. **Rechnungsanschrift**

|  |  |
| --- | --- |
| Name: |  |
| Anschrift: |  |
|  |  |

1. **Impfstatus** (Bitte Nachweis in Kopie beifügen)

vollständig geimpft Ja Nein

Termin für Impfung

1. **Wäscheversorgung**

Selbst im Haus

1. **Friseur** Ja  **Fußpflege** Ja
2. **Telefon** Ja **Fernseher** Ja (eigenes Gerät)
3. **Post**

Selbst Im Zimmer Rechnungsempfänger

1. **Einkommen/ Rente**

Art des Einkommens:

Höhe des Einkommens: (Bitte Kopie / Nachweis beifügen)

1. **Privathaftpflichtversicherung**

Nein Ja (Bitte Kopie/Nachweis beifügen)

1. **Krankenkasse**

Name:

Versichertennummer:

gesetzl: privat: Beihilfe: %

Pflegegrad

I II III IV V Höherstufung beantragt: Nein

 Ja am

 (Bitte Kopie/Nachweis beifügen)

Rezeptgebühren befreit: Nein Ja wenn ja, wofür

1. **Beerdigungsinstitut**

Name:

Anschrift:

1. **Derzeitiger Aufenthaltsort**

Krankenhaus:

Häuslichkeit:

Sonstige:

1. **Gewünschte Pflegeform**

Vollstationäre Pflege Kurzzeitpflege Verhinderungspflege

1. **Hausarzt/ Facharzt**

Hausarzt: Facharzt:

(kommt der bisherige Hausarzt in die Einrichtung oder Wechsel? )

1. **Diagnosen/ Allergien**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Besonderheiten im Alltag**

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

1. **Wie sind Sie auf uns Aufmerksam geworden:**
2. **Erklärung der Angehörigen/ Betreuer**

**Hiermit erkläre ich ,**

**dass ich Herr / Frau bei der Krankenkasse zur Kurzzeitpflege/ Verhinderungspflege / vollstationäre Pflege vor Einzug in die Einrichtung anmelde und einen Nachweis über die Anmeldung füge ich bei.**

**Ich bestätige mit meiner Unterschrift, dass eine Pflegegradeinstufung vorliegt bzw. beantragt wurde. Den Nachweis füge ich bei.**

**Ich erkläre hiermit, dass die vorherstehenden Angaben im Aufnahmeantrag korrekt sind.**

**Ort, Datum: Unterschrift:**