

**Anmeldung**

**Verteiler:**

- Verwaltung  
 WB \_\_\_\_  
 BD

Angaben zur Person

Vorname(n):	Name:
Geburtsname:	Geburtsdatum:
Geburtsort/ Kreis:	Staatsangehörigkeit:
Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit:	
Konfession:	

Gewünschte Unterbringung:

<input type="checkbox"/> Einzelzimmer	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer
<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege (von- bis):	<input type="checkbox"/> Vollstat. Aufnahme ab:

Polizeilich gemeldeter Hauptwohnsitz:

Straße:	
PLZ/ Ort:	Tel:

Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus, stationäre Einrichtung, bei Angehörigen)

Straße:	
PLZ/ Ort:	Tel:

Anschriften der Angehörigen/ Vertrauenspersonen:

Name, Vorname	Wie verwandt?	Anschrift (Straße, PLZ, Ort)	Telefon

Gesetzliche Betreuung/ Vollmacht:

<input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuung <input type="checkbox"/> beantragt am: <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <input type="checkbox"/> Bankvollmacht	Name, Anschrift, Telefon BetreuerIn/ Bevollmächtigte:
--	--

Hausarzt:

Name:	Straße:
PLZ/ Ort:	Tel:

Krankenkasse:

Krankenkasse:	
Straße:	PLZ/ Ort:
Versicherungsverhältnis:	Mitgliedsnummer:

Pflegestufe:

Pflegestufe: <input type="checkbox"/> null <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3	Datum des Bescheides:
Einstufung bzw. Höherstufung: <input type="checkbox"/> wurde beantragt am	<input type="checkbox"/> muss beantragt werden

Preisübersicht vollstationäre Pflege 01.04.2012- 30.06.2013

	Pflegebed. Aufwand	Unterkunft & Verpflegung	Investitionskosten	Nicht gedeckte Investitionskosten	Ausbildungsvergütung	Gesamtheimentgeld pro Tag
<input type="checkbox"/> Stufe 0	30,21€	17,40€	10,47€	2,53€	1,12€	61,73€
<input type="checkbox"/> Stufe 1	43,16€	17,40€	10,47€	2,53€	1,12€	74,68€
<input type="checkbox"/> Stufe 2	60,43€	17,40€	10,47€	2,53€	1,12€	91,95€
<input type="checkbox"/> Stufe 3	77,68€	17,40€	10,47€	2,53€	1,12€	109,20€

Kostenrechnung bei 31 Tagen, Abrechnung erfolgt taggenau

	Gesamtbetrag	abzüglich Anteil Pflegekasse	Eigenanteil
<input type="checkbox"/> Stufe 0	1.913,63€	--€	=1.913,63€
<input type="checkbox"/> Stufe 1	2.315,08€	- 1.023,00€	=1.292,08€
<input type="checkbox"/> Stufe 2	2.850,45€	-1.279,00€	=1.571,45€
<input type="checkbox"/> Stufe 3	3.385,20€	-1.550,00€	=1.835,20€

Hiermit verpflichte ich mich, für den Fall der Heimaufnahme, die durch den Aufenthalt im Seniorenheim Theresa entstehenden Kosten in voller Höhe, für die Dauer der Zahlungspflicht als Selbstschuldner zu übernehmen und im voraus, spätestens bis zum 15. des Monats zu bezahlen.

Vorname:	Name:
Straße:	
PLZ/ Ort:	
Unterschrift Bewohner	Unterschrift Bevollmächtigter/ Betreuer

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

Zuschuss der Pflegekasse

Der verbleibende Restbetrag wird aufgebracht durch:

Monatliches Einkommen (z.B. Rente)

Zuzahlung aus Barvermögen oder sonstigen Einkünften (z.B. Sparguthaben)

Leistungen des Sozialamtes beantragt:

Sozialamt:

Straße

PLZ/ Ort:

Der Kostenübernahmebescheid  liegt bei

wird nachgereicht

wurde beantragt am:

muss noch beantragt werden

Erforderliche Unterlagen/ Erledigungen vorm bzw. beim Einzug in unsere Einrichtung:

Verwaltung:

Ärztlicher Fragebogen, letzter Arztbrief

Ärztliches Attest gem. §36 Infektionsschutzgesetz

Befreiungsausweis bzgl. Zuzahlung bei Medikamenten (falls vorhanden)

Versicherungskarte der Krankenkasse

Pflegeeinstufungsbescheid bzw. Beantragung

Aktueller Rentenbescheid

Antrag Sozialhilfe/ Bescheid Kostenübernahme Sozialamt

Formular zur Rentenüberleitung

Formular für Bankeinzug

Betreuerausweis

Patientenverfügung/ Betreuungsvollmacht

Biographiebogen

Personalausweis/ Reisepass

Herzschrittmacherausweis

Wohnbereich:

Kleidung für ca. 7 Tage

Rollstuhl/ Rollator

Medikamente

Medikamentenverordnungsblatt, m. Unterschrift vom Arzt

Inkontinenzmaterial (nur bei Kurzzeitpflege)

**Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.**

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Betreuer/ Bevollmächtigter





Stimmungslage


Hautzustand


Dekubitus

<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Wenn Ja, wo?	

Ernährung

<input type="checkbox"/> Normale Kost	<input type="checkbox"/> passierte Kost	<input type="checkbox"/> Sondenernährung
<input type="checkbox"/> Sonstiges		

Ausscheidung

Harninkontinenz:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich
Stuhlinkontinenz:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> gelegentlich

Hilfsmittel


Hinweise/ Ergänzungen


Ärztliche Betreuung erfolgt im Heim auch weiterhin von Ihnen

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------------	-------------------------------

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes