



Antrag Heimaufnahme

Geltungsbereich:
Verwaltung

Durch das Heim auszufüllen:

Zimmernummer:

PG:

VST

KZP

Bitte füllen Sie uns folgenden Fragebogen für eine mögliche Heimaufnahme aus:

Name, Vorname:

Geburtsname:

Familienstand:

Geburtsort:

Staatsangehörigkeit:

Geburtsdatum:

Nationalität:

Konfession:

Früherer Beruf:

Hauptwohnsitz:

Straße, Hausnummer:

PZL, Ort:

Telefon:

derzeit.Aufenthalt:

Bezeichnung:

Anschrift:

Telefon:

Gesetzl. Vertretung/
Betreuung

Name:

Anschrift:

Telefon:

Wirkungsbereich:

Hausarzt:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Krankenkasse:

Name:

Anschrift:

Telefon:

Mitgliedsnummer:



Antrag Heimaufnahme

Geltungsbereich:
Verwaltung

Zuzahlungsbefreiung: ja nein (wenn ja bitte Ausweis beilegen)

Die Heimkosten durch die monatliche Rente über € _____
werden aufgebracht: durch die Zuzahlung aus Barvermögen
 durch das zuständige Sozialamt in: _____
 durch die Krankenkasse/ Pflegekasse
 durch Zahlung von:

Rechnungsadresse: Name:
Anschrift:
Telefon:

Erklärung: die an mich adressierten Heimkostenabrechnungen sollen der vorgenannten Person zugesandt werden. Ich bin damit einverstanden, dass dorthin Mitteilungen gemacht werden über den Stand des Barbetragkontos und über ausstehende oder überzahlte Heimkosten

Kostenübernahme durch die Sozialhilfe:

Wird oder wurde ein Sozialhilfeantrag gestellt? ja nein am: _____

Liegt eine Kostenbewilligung vor? ja nein Aktenzeichen: _____

Beihilfeberechtigt: ja nein Betrag: _____

Einstufung durch die Pflegekasse:

Begutachtung durch den MD ja nein am: _____
bereits durch geführt?

Liegt bereits ein Einstufungsbescheid ja nein
des MD vor? Pflegegrad _____

Wenn ja, bitte Kopie des Bescheids beilegen

Einverständniserklärung nach Bundesdatenschutzgesetz

Ich erkläre mich damit einverstanden das meine Daten auch elektronisch gespeichert und weiterverarbeitet werden.

Dokumentation einer Wunde:

Ich willige ein, dass bei mir auftretende Wunden im Zusammenhang mit der Wunddokumentation und zur Absicherung des Heilungsverlaufs von den zuständigen Pflegefachkräften fotografiert werden dürfen. Ggf. darf auch ein externer Beauftragter die



Antrag Heimaufnahme

Geltungsbereich:
Verwaltung

Wunde(n) sowie deren Fotografien inspizieren. Die Unterlagen dürfen nicht ohne mein Wissen Dritter weitergegeben werden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen.

Angehörige

1. Angehörige/r

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

Verwandtschaftsgrad:

2. Angehörige/r

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

Verwandtschaftsgrad:

3. Angehörige/r

Name:

Anschrift:

Telefonnummer:

Verwandtschaftsgrad:

Anmeldung erfolgt durch:

angemeldete Person

gesetzliche Vertretung

Angehörige/n Nr. _____

Raum für weitere Anmerkungen:

Ort, Datum:

Unterschrift des/der Antragstellers/in:

Unterschrift des/ der Aufzunehmenden: