[x]  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:StraßeWohnortTelefon |  |
| 9 | Derzeitiger Aufenthalt(z.B. Krankenhaus):StraßeWohnortTelefon |  |
| 10 | Heimwechsel / Stationärer Aufenthalt in vorheriger Einrichtung?  | Wenn ja seit wann: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (Datum)  |
| 11 | Familienstand |  |
| 12 | Beruf |  |
| 13 | Kinder |  |
| 14 | Angehörige, Kontaktpersonen:wie verwandt oder bekanntNameStraßeWohnortTelefonEmail-Adresse |  |
| 15 | Angehörige, Kontaktpersonen:wie verwandt oder bekanntNameStraßeWohnortTelefonEmail-Adresse | . |
| 16 | Betreuer (Nachweis beifügen) Bevollmächtigter:NameStraßeWohnortTelefonEmail-Adresse |  |
| 17 | Wirkungskreis der Betreuung/ Vollmacht |  |
| 18 | Wer bekommt die Korrespondenz bzw. Rechnung? |  |
| 19 | Behandelnder ArztNameStraßeOrtTelefon |  |
| 20 | Krankenkasse / PflegekasseNameStraßeOrtTelefon |  |
| 21 | KK - Mitgliedsnummer |  |
| 22 | Besitzen Sie einen gültigen Befreiungsausweis? | ja[ ] | nein[ ] | Besitzen Sie einen gültigenBehindertenausweis ? | 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 | BeihilfeName des KostenträgersStraßeOrtTelefonevtl. SachbearbeiterGeldinstitutKontonummerBankleitzahl |  |
| 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: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_\_\_*