

Anmeldung zur Heimaufnahme



Charleston

Einrichtung: _____

Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden!

Name, Vorname

Geburtsname

Familienstand

Geburtsort

Familienstand seit

Geburtsdatum

Ort der Eheschließung

Konfession

Staatsangehörigkeit

Früherer Beruf

**Gewünschte
Unterbringung:**

☐ Einzelzimmer

☐ vollstationäre Pflege

Voraussichtlicher
Einzugstermin:

☐ Doppelzimmer

☐ Kurzzeitpflege

Nr.: _____

☐ Verhinderungspf.

☐ teilstationäre Pfl.

☐ Beschützte Unterbr.

**Hauptwohnsitz/
Heimatadresse:**

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

derzeit. Aufenthalt:

Bezeichnung

Anschrift

Telefon

**Ges. Vertreter/in
Betreuer/in:**

Name

Anschrift

Telefon

☐ Rechnungsanschrift

E-Mail

☐ per Post ☐ per Mail

Wirkungsbereich

Betreuerausweis bzw. Vollmacht müssen vorgelegt werden!

**ggfs. weiterer
Ges. Vertreter/in
Betreuer/in:**

Name

Anschrift

Telefon

☐ Rechnungsanschrift

E-Mail

☐ per Post ☐ per Mail

Wirkungsbereich

Betreuerausweis bzw. Vollmacht müssen vorgelegt werden!



Einrichtung: _____

1. Angehörige/r

Erreichbarkeit:

- ☐ tagsüber
☐ Tag und Nacht

Name

Straße, Ort

Telefon

E-Mail

Wie verwandt

2. Angehörige/r

Erreichbarkeit:

- ☐ tagsüber
☐ Tag und Nacht

Name

Straße, Ort

Telefon

E-Mail

Wie verwandt

3. Angehörige/r

Erreichbarkeit:

- ☐ tagsüber
☐ Tag und Nacht

Name

Straße, Ort

Telefon

E-Mail

Wie verwandt

Hausarzt:

Name

Anschrift

Telefon

Krankenkasse:

Name

Anschrift

Mitgliedsnummer

Zuzahlungsbefreiung

☐ Ja

☐ Nein

(wenn ja, bitte Ausweis beilegen)

Beihilfeberechtigt

☐ Ja, zu

_____ %

☐ Nein

**Die Heimkosten werden
aufgebracht:**

☐ durch die monatliche Rente über € _____ Bitte Rentenbescheid beifügen

☐ durch die Zuzahlung aus Barvermögen

☐ durch das zuständige Sozialamt in:

**Wird oder wurde
ein Sozialhilfeantrag
gestellt?**

☐ Nein

☐ Ja

am: _____

Wenn „Ja“ bitte Kopie des Antrags beifügen!

**Liegt eine Kosten-
bewilligung vor?**

☐ Nein

☐ Ja

Aktenzeichen: _____



Einrichtung: _____

Einstufung durch die
Pflegekasse:

Begutachtung durch MDK bereits durchgeführt? ☐ Nein ☐ Ja am: _____

Wenn ja, durch welchen MDK (Ort, Telefon)? _____

Liegt bereits ein
Einstufungsbescheid
des MDK vor?

☐ Nein ☐ Ja Pflegegrad.: _____

Wenn ja, bitte Kopie des Bescheids beilegen!

Wenn kein Einstufungsbescheid vorliegt, wird bis zum Eingang eines Bescheides der Satz des voraussichtlichen Pflegegrades abgerechnet (nach Einschätzung der Pflegedienstleitung)

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. Gegebenenfalls darf auch ein externer Beauftragter die Wunde(n) sowie deren Fotografien inspizieren. Die Unterlagen dürfen nicht ohne mein Wissen Dritten weiter gegeben werden. Mein Einverständnis bzgl. der Fotodokumentation von Wunden kann ich jederzeit widerrufen.

Liegt eine
Inkontinenz vor?

☐ Nein ☐ Ja

Liegt ein
Attest vor?

☐ Nein ☐ Ja

Anmeldung
erfolgt durch:

☐ angemeldete Person ☐ ges. Vertreter/in

☐ Angehörige/n Nr.: _____

Kontakt
entstanden durch:

☐ Soz. Dienst /
Krankenhaus

☐ Mitarbeiter

☐ Bekannte

☐ Betreuungsstelle

☐ Sonstige: _____

☐ Pfarrer

☐ Anzeige

Gewünschte
Zusatzleistungen

☐ Telefonanschluss

☐ Sonstige: _____

☐ Wäschekennzeichn.

☐ Geschätzte

Stückzahl: _____

Raum für weitere Anmerkung / evtl. Diagnosen:

Einverständniserklärung nach Bundesdatenschutzgesetz:

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten elektronisch gespeichert und im Rechenzentrum in 87439 Kempten verarbeitet werden. Ich bestätige darüber hinaus, eine ausführliche Datenschutzinformation erhalten zu haben.

Raum für Vermerke der Einrichtung:

Unterschrift des/der Antragstellers/in

Unterschrift des/der Aufzunehmenden

Ort, Datum: _____