

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

Einzelzimmer

vollstationäre Pflege

Voraussichtlicher

Unterbringung:

Doppelzimmer

Kurzzeitpflege

Einzugstermin:

Nr.: _____

Verhinderungspfl.

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: _____

Anmeldung zur Heimaufnahme



Charleston

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 Datenschutzzinformation erhalten zu haben.

Raum für Vermerke der Einrichtung:

Unterschrift des/der Antragstellers/in

Unterschrift des/der Aufzunehmenden

Ort, Datum: _____