

**Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung**

**Name, Vorname:** \_\_\_\_\_

## Inhalt

1.1. Persönliche Bewohnerdaten .....	2
1.2. Kranken- und Pflegekassen .....	4
1.3. Hausarzt und Aufnahme aus dem Krankenhaus .....	5
1.4. Betreuer und Angehörige .....	6
1.5. Sozialhilfe und Pflegegeld .....	7
1.6. Renten .....	8
1.7. SEPA .....	8
1.8. Allgemeine Informationen .....	9

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
GF	01.06.2016	ZVM/IT	2	23.01.2017	1 von 9	II-C.1

**Bewohneraufnahme**  
Geltungsbereich:  
Alle Residenzen



**Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung**

**1.1. Persönliche Bewohnerdaten**

<b>Name \ Vorname Bewohner:</b> _____	<b>Geburtsname:</b> _____
<b>Geburtsort:</b> _____	<b>Geburtsdatum:</b> _____
<b>Zuletzt Wohnhaft / Adresse</b> <b>Straße:</b> _____	<b>Familienstand:</b> _____
<b>PLZ / Ort:</b> _____	<b>Konfession:</b> _____
<b>Land:</b> _____	<b>Staatsangehörigkeit:</b> _____
<b>Bitte Kopie des Personalausweises beifügen</b>	

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
GF	01.06.2016	ZVM/IT	2	23.01.2017	2 von 9	II-C.1

**Bewohneraufnahme**  
Geltungsbereich:  
Alle Residenzen



**Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung**

**Vollstationäre Pflege:**  
(geplantes) Einzugsdatum:

\_\_\_\_\_

Antrag gestellt:

\_\_\_\_\_

**Diagnose / Besonderheiten:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege:**

**Von:** \_\_\_\_\_

**Bis:** \_\_\_\_\_  
Antrag gestellt:

\_\_\_\_\_

Genehmigung der Pflegekasse liegt vor :

**Von:** \_\_\_\_\_

**Bis:** \_\_\_\_\_

**Biographiebogen beigelegt:**

Ja  Nein

**Wurden Bestattungsvorsorgen getroffen?**

Ja  Nein

**Name und Adresse des Bestatters:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
GF	01.06.2016	ZVM/IT	2	23.01.2017	3 von 9	II-C.1

**Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung**

**1.2. Kranken- und Pflegekassen**

**Bescheid über Pflegebedürftigkeit:**

Ja       Nein

**Inkontinent:**

Ja       Nein

**Bei Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege sind Inkontinenzmaterialien selbst mitzubringen**

**Pflegegrade:**

PG1       PG2       PG3       PG4       PG5

§45a / eingeschränkte Alltagskompetenz

Wurde beantragt am: \_\_\_\_\_

**Pflegekasse / Krankenkasse:**       Privat       Gesetzlich

Kasse: \_\_\_\_\_

Versicherten Nummer: \_\_\_\_\_

**Rezeptgebührenbefreiung**

Ja       Nein

**Beihilfeberechtigt (aus Tätigkeit im öffentlichen Dienst / Beamter):**

Ja \_\_\_\_\_%       Nein

**Schwerbehindertenausweis**

Ja       Nein

**Gewünschte Unterbringung:**

Einzelzimmer       Doppelzimmer

**Telefonanschluss gewünscht:**

Ja       Nein

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
GF	01.06.2016	ZVM/IT	2	23.01.2017	4 von 9	II-C.1

**Bewohneraufnahme**  
Geltungsbereich:  
Alle Residenzen



**Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung**

**1.3. Hausarzt und Aufnahme aus dem Krankenhaus**

<p><b>Hausarzt</b> Name:</p> <hr/> <p>Straße</p> <hr/> <p>PLZ, Ort</p> <hr/> <p>Kommt ins Haus: <input type="checkbox"/> Ja      <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Telefonnummer:</p> <hr/> <p>Telefonnummer mobil:</p> <hr/> <p>E-Mail:</p> <hr/>
<p><b>Bei Aufnahme aus dem Krankenhaus:</b> Ansprechpartner Krankenhaus:</p> <hr/> <p>Telefonnummer:</p> <hr/>	<p><b>Hinweis:</b> <b>Ohne Überleitungsbogen keine Aufnahme</b></p>

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
GF	01.06.2016	ZVM/IT	2	23.01.2017	5 von 9	II-C.1

**Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung**

**1.4. Betreuer und Angehörige**

<p><b>Name \ Vorname (Angehöriger <input type="checkbox"/> oder Betreuer <input type="checkbox"/> )</b></p> <p>_____ Straße:</p> <p>_____ PLZ / Ort:</p> <p>_____ Land:</p> <p><b>Patientenverfügung (Kopie)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><b>Nachgereicht am:</b></p> <p>_____</p> <p><b>Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> (Kopie)</b></p> <p><b>Betreuerurkunde <input type="checkbox"/> (Kopie)</b></p>	<p>Geburtsdatum:</p> <p>_____</p> <p>Telefonnummer :</p> <p>_____</p> <p>Telefonnummer (mobil) :</p> <p>_____</p> <p>E-Mail</p> <p>_____</p> <p>Verwandtschaftsgrad:</p> <p>_____</p>
<p><b>Name \ Vorname Angehöriger 2:</b></p> <p>_____ Straße:</p> <p>_____ PLZ / Ort:</p> <p>_____ Land:</p> <p><b>Vorsorgevollmacht (Kopie)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p>	<p>Geburtsdatum :</p> <p>_____</p> <p>Telefonnummer :</p> <p>_____</p> <p>Telefonnummer (mobil) :</p> <p>_____</p> <p>E-Mail</p> <p>_____</p> <p>Verwandtschaftsgrad:</p> <p>_____</p>

**Bewohneraufnahme**  
Geltungsbereich:  
Alle Residenzen



**Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung**

**1.5. Sozialhilfe und Pflegegeld**

**Sozialhilfe:**

Ist ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt worden?

Ja       Nein

Wenn **ja**, falls Vorhanden die Sozialamt Akten-ID beifügen:

Sozialamt Akten-ID: \_\_\_\_\_

**Weitere Kostenträger** (z.B. Berufsgenossenschaft oder Unfallversicherung):

Träger: \_\_\_\_\_

Nummer: \_\_\_\_\_

**Pflegegeld (nur in NRW und Schleswig-Holstein)**

Für Bewohner : \_\_\_\_\_ geboren am: \_\_\_\_\_  
(Name, Vorname)

muss kein Pflegegeld beantragt werden.

\_\_\_\_\_  
(Ort / Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

**Bewohner**       **Angehöriger**       **Betreuer**

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
GF	01.06.2016	ZVM/IT	2	23.01.2017	7 von 9	II-C.1

**Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung**

**1.6. Renten**

**Renten:**  
Kasse: \_\_\_\_\_  
Versicherten Nummer: \_\_\_\_\_

**Rentenbescheid beifügen:**  
 Ja                       Nein

**Kopie Rentenbescheid Ehegatten:**  
 Ja                       Nein

**Bescheid Zusatzrenten:**  
 Ja                       Nein

**Nachweis weiterer Einkünfte:**  
 Ja                       Nein

**1.7. SEPA**

**SEPA Lastschriftmandant:**  
Bitte füllen Sie das beigefügte Formulare SEPA Lastschriftmandant aus sofern Sie Selbstzahler sind

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
GF	01.06.2016	ZVM/IT	2	23.01.2017	8 von 9	II-C.1

**Bewohneraufnahme**  
Geltungsbereich:  
Alle Residenzen



**Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung**

**1.8. Allgemeine Informationen**

**Mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten durch die Pflegeeinrichtung bin ich einverstanden und garantiere die Richtigkeit der Angaben.**

**Unterschrift Antragsteller:**

Ort / Datum

Name MA Alloheim:

Unterschrift:

Unterschrift MA Alloheim:

**Bewohner**

**Angehöriger**

**Betreuer**

Die folgenden Angaben sind für eine Heimaufnahme nicht erforderlich, jedoch können Sie damit zur Verbesserung unserer Servicequalität beitragen.

**Auf die Senioren Residenz wurde ich aufmerksam durch:**

**Persönliche Empfehlung:**  Bekannte  Arzt \_\_\_\_\_  Andere \_\_\_\_\_

**Werbung:**  Zeitungsanzeige (in) \_\_\_\_\_  Wurfsendung  Schautafel

Alloheim Veranstaltung  Internet

Zeitungsartikel

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
GF	01.06.2016	ZVM/IT	2	23.01.2017	9 von 9	II-C.1