

Bewohneraufnahme Geltungsbereich: Alle Residenzen	
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 Pflegewohngeld	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	3	06.02.2017	1 von 9	II-C.1

Bewohneraufnahme
Geltungsbereich:
Alle Residenzen



Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung

1.1. Persönliche Bewohnerdaten

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

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
GF	01.06.2016	ZVM/IT	3	06.02.2017	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	3	06.02.2017	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

Besitzstandsschutz (BSS) ☐ Ja ☐ Nein

Wenn Ja – Höhe des BSS in Euro und Bescheid der Pflegekasse: _____

☐ §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

Bewohneraufnahme
Geltungsbereich:
Alle Residenzen



Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung

1.3. Hausarzt und Aufnahme aus dem Krankenhaus

Hausarzt Name: _____ Straße _____ PLZ, Ort _____ Kommt ins Haus: ☐ Ja ☐ Nein	Telefonnummer: _____ Telefonnummer mobil: _____ E-Mail: _____
Bei Aufnahme aus dem Krankenhaus: Ansprechpartner Krankenhaus: _____ Telefonnummer: _____	Hinweis: Ohne Überleitungsbogen keine Aufnahme

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
GF	01.06.2016	ZVM/IT	3	06.02.2017	5 von 9	II-C.1

Bewohneraufnahme
Geltungsbereich:
Alle Residenzen



Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung

1.4. Betreuer und Angehörige

Name \ Vorname (Angehöriger ☐ oder Betreuer ☐) _____ Straße: _____ PLZ / Ort: _____ Land: Patientenverfügung (Kopie) ☐ Ja ☐ Nein Nachgereicht am: _____ Vorsorgevollmacht ☐ (Kopie) Betreuerurkunde ☐ (Kopie)	Geburtsdatum: _____ Telefonnummer : _____ Telefonnummer (mobil) : _____ E-Mail _____ Verwandtschaftsgrad: _____
Name \ Vorname Angehöriger 2: _____ Straße: _____ PLZ / Ort: _____ Land: _____ Vorsorgevollmacht (Kopie) ☐ Ja ☐ Nein	Geburtsdatum : _____ Telefonnummer : _____ Telefonnummer (mobil) : _____ E-Mail _____ Verwandtschaftsgrad: _____

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

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	3	06.02.2017	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	3	06.02.2017	9 von 9	II-C.1