

6. Staatsangehörigkeit: _____

7. Krankenkasse: _____

Mitgliedsnummer: _____

8. Pflegekasse: _____

9. Angaben zur Pflegeversicherung:

Wurde ein Antrag auf Leistungen gestellt? ja nein

Liegt eine Leistungszusage Ihrer Pflegeversicherung vor? ja nein

Wenn „ja“, für welchen Pflegegrad?

Pflegegrad 1

Pflegegrad 2

Pflegegrad 3

Pflegegrad 4

Pflegegrad 5

Liegt die „Notwendigkeitsbescheinigung zum Heimeinzug“ des Medizinischen Dienstes (MDK)

Ihrer Pflegekasse vor? ist beantragt ja nein

10. Mit wem ist Rücksprache zu führen?

Angehörige 1 2 3

Name _____

Vorname _____

wie verwandt _____

Straße _____

PLZ/Wohnort _____

Telefon privat _____

Tel. dienstlich _____

Mobil _____

11. Betreuung / Vollmacht

Eine Betreuung liegt vor ja nein ist beantragt

Eine Vollmacht liegt vor ja nein

Eine Patientenverfügung liegt vor ja nein

Betreuer/Bevollmächtigter:

Name: _____

Telefon: _____

Straße: _____

PLZ / Ort: _____

Bitte Kopie der Betreuungsurkunde / Vollmacht und Patientenverfügung beifügen!

Aufgabenkreis:

Vermögenssorge Aufenthalt Gesundheit sonstiges

12. Ärztliche Versorgung durch (bitte Hausarzt und Fachärzte angeben):

Hausarzt: _____

Telefon: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Facharzt: _____

Telefon: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Facharzt: _____

Telefon: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

13. Erklärung zur Heimfinanzierung

Monatliches Einkommen:

Art des Einkommens

Betrag

Vermögen: ja nein

Grundbesitz: ja nein

Sparguthaben: ja nein Betrag: _____

Die Heimkosten werden finanziert durch:

Selbstzahlung Sozialhilfe

Der Sozialhilfeantrag wurde gestellt am: _____

Der Sozialhilfeantrag wird umgehend gestellt:

Ein Einzug ist grundsätzlich nur nach Klärung der Finanzierung möglich.

Wir beraten Sie gerne!

Bitte reichen Sie diesen Antrag zusammen mit dem vom derzeitig behandelnden Arzt ausgefüllten Pflegeüberleitungsbogen und der Erklärung zur Heimfinanzierung ein.

Ort, Datum

Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers

Unterschrift des Betreuers / Bevollmächtigten

Unterschrift der Bewerberin / des Bewerbers

Bemerkungen:

Bitte beachten Sie, dass die Anmeldung ohne den vom Arzt / Ärztin ausgefüllten Bogen nicht vollständig ist. Über den Eingang der Anmeldung erhalten Sie von uns **keine** schriftliche Bestätigung. Bitte halten Sie im eigenen Interesse Kontakt zu unserer Einrichtung. Mit Ihrer Unterschrift stimmen Sie der Verarbeitung und Nutzung der in diesem Bogen angegebenen personenbezogenen Daten zum Zwecke der Heimaufnahme zu.