

Anmeldung zur Heimaufnahme

(bitte in Druckschrift ausfüllen)

Anmeldung / Vormerkung gewünscht für den Rüstigen Bereich Vollstationäre Pflege
 Kurzzeit-Pflege Tagespflege
 Demenz Wohngruppe

Bevorzugter Einzugsstermin:

Bevorzugte Unterbringung: Einzelzimmer Doppelzimmer

Familienname: Geburtsname:

Vorname:

Wohnung (Hauptwohnsitz):

Derzeitiger Aufenthalt:

Geboren am: in: Land/Staat:

Familienstand: ledig verheiratet geschieden verwitwet

Konfession: evang. luth. röm. Kath.

Zuletzt ausgeübter Beruf:

Hausarzt/Name/Adresse/Tel.

Bezugsperson/Angehörige (wie verwandt?):

1. Name, Vorname:

Adresse, Telefonnummer, wie verwandt:.....

2. Name, Vorname:

Adresse, Telefonnummer, wie verwandt:.....

Wer ist Ansprechpartner für das Pflegeheim?

Liegt eine Betreuung oder Vorsorgevollmacht vor? Kopie beilegen ja nein

Liegt eine Patientenverfügung vor? Kopie beilegen ja nein

Pflegeeinstufung: ist beantragt wird beantragt die Höherstufung ist beantragt
 keine Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

Datum des Einstufungsbescheides der Pflegekasse:

Adresse der Krankenkasse:

Versicherungsnummer:

Versicherungsverhältnis: Rentner familienversichert privatversichert Beihilfe

Befreit von Medikamentenzuzahlung: ja nein ist beantragt

Sind Sie beihilfeberechtigt? ja nein

Adresse und Telefon der Beihilfestelle:

Die Heimkosten werden aufgebracht durch (Mehrfachnennung möglich):

- durch eigenes Einkommen; monatliche Rente; Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch usw.)
- Zahlung von Dritten (Kostenverpflichtungserklärung liegt bei)
- durch die Krankenkasse / Pflegekasse
- das zuständige Sozialamt :Bezirk Mittelfranken, Sozialhilfverwaltung, Postfach 617, Danziger Str. 5, 91522 Ansbach, Tel. 0981 / 9504270

Die Kostenübernahme durch die Sozialhilfe ist bereits beantragt wird beantragt

Rechnungsempfänger (Name, Adresse, Tel.nr.):

Erklärung: Die an mich adressierten Heimkostenabrechnungen sollen der vorgenannten Person zugesandt werden. Ich bin damit einverstanden, dass dorthin Mitteilungen gemacht werden über den Stand des Verwahrgeldkontos und über evtl. ausstehende oder überzahlte Heimkosten.

Ggf. abweichender zuständiger Ansprechpartner für das Bewohnerverwahrgeldkonto (Name, Adresse, Tel.Nr.):

Kostform: Vollkost Diät, welche ?
 Sondenernährung

Ärztliche Beurteilung: liegt bei
 wird bis nachgereicht.

Diese Anmeldung wird erst mit der Unterzeichnung eines Reservierungs- oder Heimvertrags verbindlich. Alle gemachten Angaben entsprechen den Tatsachen.

Im Falle einer vorsorglichen Anmeldung für eine eventuelle, spätere Heimaufnahme bitten wir Sie diese Vormerkung 1/2 jährlich zu verlängern.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Antragstellers

.....
Bearbeiter- Einrichtung

Wie wurden Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam:

- durch die Überleitungspflege des Krankenhauses
- das Seniorenheim war mir bekannt
- durch Bekannte und Verwandte
- Internet

Bei frei werdenden Pflegeplätzen:

Angehörige melden sich selbst: ja nein

Einrichtung meldet sich: ja nein