

Seniorenresidenz Wernerstraße

Inkomaterial: nicht nötig

Heimanmeldung

BITTE FREILASSEN: (WIRD VOM HEIM AUSGEFÜLLT)					
Aufn.-Tag:					
Wohnbereich:					
Zim.-Nr.:					
Pfl.-Grad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
Betreuungsleistungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein					

bringt Bew. mit vom Haus

Dauer:

KZP: vom bis

mit freihalten ohne freihalten

Biografiebogen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
-----------------------	-----------------------------	-------------------------------

Finger/Fußpflege intern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Foto intern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Finger/Fußpflege extern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Foto extern	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

1. Heimplatzbewerber/in

Name und Vorname		
Geb.-Datum:	Geb.-Ort:	Geb.-Name:
Anschrift:		
Telefon:	Konfession:	
Familienstand:	Staatsangehörigkeit:	

2. Derzeitige Versorgung

<input type="checkbox"/> Krankenhaus / Anschrift:
<input type="checkbox"/> Eigene Wohnung (Anschrift s.o.) von:
<input type="checkbox"/>

3. Betreuung (nach § 1896 BGB)

<input type="checkbox"/> besteht bereits	<input type="checkbox"/> ist/wird angeregt	<input type="checkbox"/> nicht notwendig	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht
Name:			
Anschrift:			
Telefon:			
Wirkungskreis der Betreuung / Vollmacht:			

4. Angehörige

Bitte Name, Anschrift, Telefonnummer und Verwandtschaftsgrad angeben!	
1	
2	
3	

5. Kontaktperson

Name:	Telefon:
oder Sozialdienst des Krankenhauses:	

6. Hausärztin/Hausarzt

Name:	Telefon:
Anschrift	

7. Krankenkasse

Name:
Anschrift:
Krankenversicherungsnummer:

8. Finanzierung

<input type="checkbox"/> Pflegeversicherung	Die Notwendigkeit der Heimaufnahme wurde von der Pfl.-Kasse <input type="checkbox"/> bestätigt <input type="checkbox"/> noch nicht bestätigt, eine Entscheidung steht z.Zt. noch aus <input type="checkbox"/> verneint Es wurden bisher von der Pflegekasse <input type="checkbox"/> Leistungen in Höhe des Pflegegrades ___gewährt, seit_____ <input type="checkbox"/> keine Leistungen gewährt
<input type="checkbox"/> Selbstfinanzierung	<input type="checkbox"/> mtl. Rente/Pension _____ € <input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigt _____ € <input type="checkbox"/> Barvermögen _____ € <input type="checkbox"/> Stand der Sparbücher _____ € <input type="checkbox"/> Immobilie/Grundbesitz (oder vor bis zu 10 Jahren veräußert) <input type="checkbox"/> Sterbekasse/Bestattungsvorsorge <input type="checkbox"/> Kapitalbildende Versicherung
<input type="checkbox"/> Sozialamt	<input type="checkbox"/> Heimnotwendigkeit von Fr. Kara/Fr. Konnert bestätigt Ein Kostenübernahmeantrag beim zuständigen Sozialamt in _____ <input type="checkbox"/> wurde gestellt <input type="checkbox"/> wird umgehend gestellt

9. Grund für die Heimaufnahme

Ort und Datum _____

Unterschrift Heimplatzbewerber/in _____

Unterschrift Antragssteller/in _____