**Anmeldung zur Heimaufnahme im**

**Wohn- und Pflegezentrum**

**Im Mühlengrund**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Bitte zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden! | | | |
| Name, Vorname: |  | | |
| Geburtsname: |  | Familienstand: |  |
| Geburtsort: |  | Familienstand seit: |  |
| Geburtsdatum: |  | Ort der Eheschließung: |  |
| Konfession: |  | Staatsangehörigkeit: |  |
| Früherer Beruf: |  |  |  |
| Gewünschte  Unterbringung: | Einzelzimmer Doppelzimmer  Nr. | vollstationäre Pflege  Kurzzeitpflege  Verhinderungspfl.  teilstationäre Pfl.  Beschützte Unterbr. | Voraussichtlicher Einzugstermin: |
| Hauptwohnsitz/  Heimatadresse: | Straße, Hausnr.: |  | |
| PLZ, Ort: |  | |
| Telefon: |  | |
| derzeit. Aufenthalt: | Bezeichnung: |  | |
| Anschrift: |  | |
| Telefon: |  | |
| Ges. Vertreter/in | Name: |  | |
| Betreuer/in: | Anschrift: |  | |
|  | Telefon: |  | |
| Rechnungsanschrift  per Post  per Mail | E-Mail: |  | |
| Wirkungsbereich: |  | |
|  | Betreuerausweis bzw. Vollmacht müssen vorgelegt werden! | |
| ggfs. weiterer | Name: |  | |
| Ges. Vertreter/in | Anschrift: |  | |
| Betreuer/in: | Telefon: |  | |
|  | E-Mail: |  | |
| Rechnungsanschrift  per Post  per Mail | Wirkungsbereich: |  | |
|  | Betreuerausweis bzw. Vollmacht müssen vorgelegt werden! | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. Angehörige/r  Erreichbarkeit:  tagsüber  Tag und Nacht | Name: | | |  | | | | | | | |  |
| Straße, Ort: | | | |  | | | | | | |  |
| Telefon: | | |  | | | | | | | |  |
| E-Mail: | | |  | | | | | | | |  |
| Wie verwandt: | | | | | | | | | | |  |
| 2. Angehörige/r  Erreichbarkeit:  tagsüber  Tag und Nacht | Name: | | |  | | | | | | | |  |
| Straße, Ort: | | | |  | | | | | | |  |
| Telefon: | | |  | | | | | | | |  |
| E-Mail: | | |  | | | | | | | |  |
| Wie verwandt: | | | | | | | | | | |  |
| 3. Angehörige/r  Erreichbarkeit:  tagsüber  Tag und Nacht | Name: | | |  | | | | | | | |  |
| Straße, Ort: | | | |  | | | | | | |  |
| Telefon: | | |  | | | | | | | |  |
| E-Mail: | | |  | | | | | | | |  |
| Wie verwandt: | | | | | | | | | | |  |
| Hausarzt: | | Name: | | | | |  | | | | | | |
| Anschrift: | | | | |  | | | | | | |
| Telefon: | | | | |  | | | | | | |
| Krankenkasse: | | Name: | | | | |  | | | | | | |
| Anschrift: | | | | |  | | | | | | |
| Mitgliedsnr.: | | | | |  | | | | | | |
| Zuzahlungs-befreiung: | | | | | Ja  Nein (wenn ja, bitte Ausweis beilegen) | | | | | | |
| Beihilfeberechtigt: | | | | | Ja, zu \_\_\_\_\_\_\_\_%  Nein | | | | | | |
| Die Heimkosten werden aufgebracht: | | durch die monatliche Rente über €  Bitte Rentenbescheid beifügen  durch die Zuzahlung aus Barvermögen  durch das zuständige Sozialamt in: | | | | | | | | | | | |
| Wird oder wurde ein Sozialhilfeantrag gestellt? | | | | | | Nein | | | | | Ja | am: | |
|  | | | | | |  | | | | | Wenn ja bitte Kopie des Antrags beifügen! | | |
| Liegt eine Kostenbewilligung vor? | | | | | | Nein | | | | | Ja | Aktenzeichen: | |
| Einstufung durch die Pflegekasse: | | | | | | | | | | | | | |
| Begutachtung durch MDK bereits durchgeführt? | | | | | | | | Nein | | Ja | | am: | |
| Wenn ja, durch welchen MDK (Ort, Telefon)? | | | | | | | |  | | | | | |
| Liegt bereits ein Einstufungsbescheid des MDK vor? | | | | | | | | Nein | | Ja | | Pflegegrad: | |
| Wenn ja, bitte Kopie des Bescheids beilegen!  Wenn kein Einstufungsbescheid vorliegt, wird bis zum Eingang eines Bescheides der Satz des voraussichtlichen Pflegegrades abgerechnet (nach Einschätzung der Pflegedienstleitung) | | | | | | | |  | | | | | |
| Dokumentation einer Wunde:  Ich willige ein, dass bei mir auftretende Wunden im Zusammenhang mit der Wunddokumentation und zur Absicherung des Heilungsverlaufs von den zuständigen Pflegefachkräften fotografiert werden dürfen. Gegebenenfalls darf auch ein externer Beauftragter die Wunde(n) sowie deren Fotografien inspizieren. Die Unterlagen dürfen nicht ohne mein Wissen Dritten weiter gegeben werden. Mein Einverständnis bzgl. der Fotodokumentation von Wunden kann ich jederzeit widerrufen. | | | | | | | | | | | | | |
| Liegt eine Inkontinenz vor?  ja  nein  Liegt ein Attest vor?  ja  nein | | | | | | | | | | | | | |
| Anmeldung erfolgt durch: | | | | angemeldete Person  Angehörige/n Nr.: | | | | | | | | ges. Vertreter/in |
| Kontakt entstanden durch: | | | | Soz. Dienst / Krankenhaus  Betreuungsstelle  Pfarrer  Anzeige | | | | | | | | Mitarbeiter  Bekannte  Sonstige: |
| Gewünschte Zusatzleistungen | | | Telefonanschluss  Wäschekennzeichn.  Geschätzte Stückzahl: | | | | | | | | | Sonstige: |
| Raum für weitere Anmerkung / evtl. Diagnosen: | | | | | | | | | | | | |
| Einverständniserklärung nach Bundesdatenschutzgesetz  Ich erkläre mich damit einverstanden, dass meine personenbezogenen Daten elektronisch gespeichert und im Rechenzentrum in 87439 Kempten verarbeitet werden.  Ich bestätige darüber hinaus, eine ausführliche Datenschutzinformation erhalten zu haben. | | | | | | | | | | | | |
| Ort, Datum: | | | | | | | | | | | | |
| Unterschrift des/der Antragstellers/in: | | | | | | | | | Unterschrift des/der Aufzunehmenden: | | | |
| Raum für Vermerke der Einrichtung: | | | | | | | | | | | | |