

# Anmeldung zur Heimaufnahme



Charleston

Einrichtung: \_\_\_\_\_

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**

Einzelzimmer

vollstationäre Pflege

Voraussichtlicher

**Unterbringung:**

Doppelzimmer

Kurzzeitpflege

Einzugstermin:

Nr.: \_\_\_\_\_

Verhinderungspfl.

teilstationäre Pfl.

Beschützte Unterbr.

**Hauptwohnsitz/  
Heimatadresse:**

Straße, Hausnr.

PLZ, Ort

Telefon

**derzeit. Aufenthalt:**

Bezeichnung

Anschrift

Telefon

**Ges. Vertreter/in  
Betreuer/in:**

Name

Anschrift

Telefon

E-Mail

Rechnungsanschrift

Wirkungsbereich

per Post  per Mail

*Betreuerausweis bzw. Vollmacht müssen vorgelegt werden!*

**ggfs. weiterer  
Ges. Vertreter/in  
Betreuer/in:**

Name

Anschrift

Telefon

E-Mail

Rechnungsanschrift

Wirkungsbereich

per Post  per Mail

*Betreuerausweis bzw. Vollmacht müssen vorgelegt werden!*



Einrichtung: \_\_\_\_\_

**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

Mitgliedsnummer

Zuzahlungsbefreiung  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 Kosten-  
bewilligung vor?**

Nein  Ja Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

# Anmeldung zur Heimaufnahme



Charleston

Einrichtung: \_\_\_\_\_

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?  Nein  Ja **Liegt ein Attest vor?**  Nein  Ja

Anmeldung erfolgt durch:  angemeldete Person  ges. Vertreter/in

Angehörige/n Nr.: \_\_\_\_\_

Kontakt entstanden durch:  Soz. Dienst / Krankenhaus  Mitarbeiter

Bekannte

Betreuungsstelle  Sonstige: \_\_\_\_\_

Pfarrer \_\_\_\_\_

Anzeige \_\_\_\_\_

Gewünschte Zusatzleistungen  Telefonanschluss  Sonstige: \_\_\_\_\_

Wäschekennzeichn. \_\_\_\_\_

Geschätzte \_\_\_\_\_

Stückzahl: \_\_\_\_\_

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.

Raum für Vermerke der Einrichtung:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Unterschrift des/der Antragstellers/in

Unterschrift des/der Aufzunehmenden

Ort, Datum: \_\_\_\_\_