

Aufnahmeantrag

Kurzzeitpflege (Bei Erstaufenthalt Mindestverweildauer 8 Tage)

Vollstationäre Pflege

Aufnahme am: _____ **bis :** _____ **Zimmer:** _____

zwischen: 10.00-11.30 Uhr 14.00-16.00 Uhr

Gewünschte Unterbringung Einzelzimmer Doppelzimmer Einzelzimmerliste

1. Angaben zur Person

Familiennamen: _____ Geburtsname _____

Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Familienstand: ledig verheiratet verwitwet geschieden

Staatsangehörigkeit: _____ Religion: _____

derzeitiger Aufenthalt: _____

2. Angaben zur Anmeldeperson

Familiennamen: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon privat _____ Verwandtschaftsgrad.: _____

Telefon dienstlich _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Anruf Tag/Nacht, bei besonderen Ereignissen Ja Nein

3.

Weitere Angehörige

Familienname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon privat _____ Verwandtschaftsgrad.: _____

Telefon dienstlich _____ Mobil: _____

E-Mail: _____

Anruf Tag/Nacht, bei besonderen Ereignissen Ja Nein

4.

Weitere Angaben

BetreuerIn **Vollmacht** **Vorsorgevollmacht** **Patientenverfügung**
(Bitte Nachweis beifügen)

Familienname: _____ Vorname: _____

Straße: _____ PLZ/Ort: _____

Telefon: _____ Aufgabenkreis: _____

Mobil: _____ E-Mail: _____

Anruf Tag/Nacht, bei besonderen Ereignissen Ja Nein

5. **Hausarzt/Hausärztin**

Hausarzt: _____ Ort: _____

Telefon: _____ Fax: _____

Muss ein neuer Hausarzt gesucht werden? Ja Nein

Sonstige Fachärzte (Name, Anschrift, Tel.-Nr., Fachrichtung):

6. **Sonstige Angaben:**

Pflegekasse _____ Versicherten-Nr. _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 keinen

Einstufung beantragt am _____ durch _____

Höherstufung beantragt am _____

Beihilfeempfänger

Antrag auf KZP/VHP/Vollst. Pflege wurde bei der Pflegekasse gestellt

Wurde bereits Kurzzeitpflege im laufenden Jahr in Anspruch genommen?

ja Wenn ja in welchem Umfang? _____ nein

Impfung COVID-19: 1. Impfung ja erfolgte am _____ nein
2. Impfung ja erfolgte am _____ nein
3. Impfung ja erfolgte am _____ nein
(Wenn ja, Kopien Impfbescheinigung bzw. Impfpass bitte vorlegen)

Zuzahlungsbefreiung der Rezeptgebühren ja, bis: _____ nein

Schwerbehinderten-Ausweis: ja nein

Freiheitsentziehende Maßnahmen: ja nein

Wenn ja, liegt ein richterlicher Beschluss vor? ja nein

Welche: _____

Kostform: orale Aufnahme Sondenkost

Wäscheversorgung im Haus (Leistung incl.) ja nein

Achten Sie darauf, dass die Kleidung „Industriewäsche geeignet“ ist.
keine Handwäsche, Wolle, Seide, Kaschmir, chem. Reinigung o.ä. nur gegen Reinigungskosten!

Tresor im Zimmer gewünscht, keine Haftung ja nein

7. **Kostenträger:** Selbstzahler Sozialhilfe (ab PG 2) LWV BG

Bei Kurz- und Verhinderungspflege ist eine Anzahlung von 150,00 Euro zu leisten!

Zahlung erfolgt bar per Überweisung

APH Ströhmann, Haiger

IBAN: DE 09 5176 2434 0024 2672 02

Die Anzahlung wird bei Storno der gebuchten KZP/VHP nicht erstattet!
Ausgenommen sind Ableben und Krankenhausaufenthalt!

Die Heimkosten werden aufgebracht von bzw. durch:

Privat bzw. das aufgeführte Einkommen und Ersparnisse

Rechnungsempfänger: _____
(kpl. Adresse falls abweichend von oben genannten Angehörigen)

den zuständigen Sozialhilfeträger in: _____

ein Antrag auf Sozialhilfe wurde bereits gestellt am _____

es wird unverzüglich ein Antrag bei dem zuständigen Sozialhilfeträger gestellt

Hinweis: Bei Kostendeckung durch einen zuständige Sozialhilfeträger ist eine Heimaufnahme erst nach schriftlicher Zusage der Kostenübernahme möglich! Reichen die eigenen Mittel zur Deckung der Heimkosten möglicherweise nicht mehr aus, sind Sie verpflichtet, rechtzeitig einen Antrag bei dem zuständigen Amt zu stellen

Monatliches Einkommen (Rentenbescheid bitte vorlegen)

Art des Einkommens

Betrag € / Monat

Zusatzleistungen (kostenpflichtig):

Telefonanschluss: ja nein (Kosten: 15,00€/mtl.,KZP 0,50 €/Tag)

Friseur im Haus: ja nein

Fußpflege im Haus: ja nein

Zusätzliche Körperpflegemittel sollen vom Haus gestellt werden ja nein

Der/die Bewohner/in kann an Ausflügen teilnehmen ja nein

Diese Zusatzleistungen sowie die evtl. anfallenden Zuzahlungen von Medikamenten werden über das Eigengeldkonto des Bewohners abgerechnet!

Sondervereinbarungen siehe Anlagen

Eigengeldkonto

Bei Einzug ist eine Bareinzahlung in Höhe von 50,00 € zu leisten!

Hiermit wird vereinbart, dass ein mtl. Taschengeldebtrag in Höhe von _____ €
zusammen mit den Pflegekosten in Rechnung gestellt wird.

Ein Kontoauszug mit den dokumentierten Aus- und Einzahlungen wird monatlich bzw. bei
Kurzzeitpflege mit der Abrechnung ausgestellt.

Sonstiges:

Die Angaben dieses Aufnahmeantrages sind verbindlich und gelten bis auf Widerruf.

Für den Fall der Heimaufnahme ist der Aufnahmeantrag Bestandteil des Heimvertrages.

Alle persönlichen Gegenstände wie z. B. Brille, Geldbörse, Schuhe, Uhren, Handtaschen,
Radio, Fernseher usw. müssen mit Namen des Bewohners gekennzeichnet sein.
Wir übernehmen keine Haftung für den Verlust von Wertsachen!

Alle elektrischen Geräte, die mitgebracht werden, müssen spätestens in den ersten
fünf Tagen des Heimaufenthaltes unserem Hausmeister zwecks Kontrolle vorgelegt werden.

Ich bestätige die Richtigkeit und Vollständigkeit meiner Angaben und bin damit
einverstanden, dass meine persönlichen Daten für Verwaltungszwecke unter Einhaltung
des Datenschutzgesetzes (Hinweis gem. § 26 Abs. BDSG) verwaltet werden können.

Ort / Datum

Unterschrift des Bewohners

Unterschrift des/der gesetzlichen BetreuersIn/Bevollmächtigten