



Anmeldung zur

- Kurzzeitpflege mit Verbleib
 Verhinderungspflege mit Verbleib
 vollstationären Heimaufnahme

Allgemeines		HDZ
1.	Name Vorname:..... Geb.-name geboren am: in: Familienstand: seit: Konfession: Anschrift: Ehem. Beruf:	
2.	Angehörige: Verwandtschaftsverhältnis: Vor-/Zuname: Anschrift: Tel.:	
3.	<input type="checkbox"/> Person wie Ziff. 2 <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Bevollmächtigter Vor-/Zuname: Anschrift: Tel.:	
4.	Termin der Aufnahme/ Zeitraum: <input type="checkbox"/> Bewohner kommt aus der Häuslichkeit <input type="checkbox"/> Bewohner kommt aus dem Klinikum/Reha Welche:..... <input type="checkbox"/> Bewohner kommt aus anderer Einrichtung Welche:.....	
5.	Krankenkasse: Mitgliedsnummer: Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> seit..... <input type="checkbox"/> Erstantrag <input type="checkbox"/> Höherstufung durch Angehörige/Betreuer beantragt Befreiung von Zuzahlungen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
6.	aktueller Hausarzt: Anschrift: Tel.: Hausarztwechsel erforderlich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Zukünftiger Hausarzt: Anschrift: Tel.: Konsiliararzt (z.Bsp. Zahnarzt/Diabetologe/Orthopäde/Augenarzt):	

7.	<p>Gewünschte Unterbringung (soweit verfügbar): <input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ</p> <p><input type="checkbox"/> Wohnbereich Neubau <input type="checkbox"/> Wohnbereich Reko. <input type="checkbox"/> Wohnbereich Altbau</p> <p><input type="checkbox"/> Ausstattung der Zimmer erläutert</p> <p><input type="checkbox"/> Telefon / Zusatzleistungen erläutert</p> <p><input type="checkbox"/> Mitbringen von eigenen Möbeln gewünscht <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Was:.....</p>
8.	<p>Die Heimkosten werden aufgebracht durch:</p> <p><input type="checkbox"/> eigenes Einkommen/ Rente/ Vermögen</p> <p><input type="checkbox"/> es sind <input type="checkbox"/> es werden Leistungen des Sozialamtes beantragt <input type="checkbox"/> nicht nötig</p> <p><input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger:</p> <p><input type="checkbox"/> Antrag ausgehändigt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Meldung an Sozialamt durch Verwaltung erfolgt am:</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> per Mail <input type="checkbox"/> per Telefonanruf <input type="checkbox"/> per Post</p>
9.	<p>Benötigte Unterlagen:</p> <p><input type="checkbox"/> Bevollmächtigungsunterlagen / Patientenverfügung (Kopie)</p> <p><input type="checkbox"/> Pflegegradbescheid (Kopie)</p> <p><input type="checkbox"/> Bescheinigung "frei von ansteckenden Krankheiten "</p> <p><input type="checkbox"/> Apothekenversorgung (wie gewünscht).....</p> <p><input type="checkbox"/> Sanitätshausversorgung (wie gewünscht).....</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstiges:</p>
10.	<p>Bemerkungen / krankheitsspezifische Merkmale / Pflegeaufwand:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p><input type="checkbox"/> COVID Impfung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wann:.....</p> <p><input type="checkbox"/> Mitbringen von eigenen Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl</p> <p><input type="checkbox"/> Hörgeräte (<input type="checkbox"/> re / <input type="checkbox"/> li) Akustiker: HNO-Arzt:</p> <p><input type="checkbox"/> Zahnprothesen <input type="checkbox"/> Oberkiefer voll <input type="checkbox"/> Oberkiefer teil <input type="checkbox"/> Unterkiefer voll <input type="checkbox"/> Unterkiefer teil</p> <p><input type="checkbox"/> Inkontinenz: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> IKM-Versorgung</p>

Datum: Unterschrift:

(Bitte Anmeldebogen und ggf. Kopie des Betreuerausweises / der Vollmacht an Verwaltung zurück)

	Freigabe	bearbeitet	Ausgabe	Änderung	Datum	Seite 2 von 2
i-V		HL	1	5	01.07.2021	