

**Muster-Anmeldeformular:**

Bitte wenden Sie sich für die Anmeldung an die Einrichtung.

**Anmeldung zur Heimaufnahme****Persönliche Daten**

Name:	Vorname:	
Geburtsname:	Geburtsdatum:	Ort:
Familienstand:	Staatsangehörigkeit:	
Straße:	Religion:	
PLZ:	Wohnort:	
Telefon:		

Seelsorgerische Betreuung erwünscht?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Betreuungszeitraum:	<input type="radio"/> Vollstationär	
	<input type="radio"/> Kurzzeitpflege	von: bis:
Aufnahmetag:	Uhrzeit:	

**Pflegeversicherung**

<input type="radio"/> eingestuft	<input type="radio"/> nicht eingestuft	<input type="radio"/> Einstufung bei der Kasse beantragt
Falls ja, dann Pflegestufe:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3

**Angaben zu Angehörigen/Freunden**

1. Name, Vorname:	wie verwandt?
Strasse, Hausnr.:	Tel.:
Wohnort:	geschäftl./mobil:
2. Name, Vorname:	wie verwandt?
Strasse, Hausnr.:	Tel.:
Wohnort:	geschäftl./mobil:
3. Name, Vorname:	wie verwandt?
Strasse, Hausnr.:	Tel.:
Wohnort:	geschäftl./mobil:
Sonstige:	

**Wäschepflege**

Üblicherweise übernimmt das Pflegeheim bei vollstationären Bewohnern das Waschen der persönlichen Wäsche ohne Aufpreis. Dafür muss die Wäsche der Betroffenen gezeichnet (gepatcht) werden. Dies kostet **einmalig eine Gebühr zwischen 52€ und 75€**. **Den genauen Betrag erfahren Sie bei der Hausleitung**. Bitte kreuzen Sie an, ob Sie diese Leistung in Anspruch nehmen wollen.

meine Wäsche soll gewaschen (und gezeichnet) werden

**Erklärung zur Heimkostenfinanzierung**

**Die Heimkosten werden aufgebracht durch**

- Selbstfinanzierung
- Kostenübernahme Sozialamt

**Selbstfinanzierung**

Rechnung ist zu stellen an:

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

**Einzugsermächtigung**

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband Heilbronn-Franken die von mir/uns zu zahlenden Beiträge bei der Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen. Die Möglichkeit des Widerrufs dieser Ermächtigung ist mir mit dieser Ermächtigung nicht ausgeschlossen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_  
Kreditinstitut: \_\_\_\_\_  
Bankleitzahl: \_\_\_\_\_  
Kontonummer: \_\_\_\_\_  
Zahlungsgrund: \_\_\_\_\_

Ort, Datum:.....

Unterschrift:.....

**Regelung der Betreuung**

**Wie ist die Betreuung geregelt?**

- ° Bisher war eine gesetzliche Betreuung nicht notwendig.
- ° Generalvorsorgevollmacht liegt vor.
- ° Vorsorgevollmacht liegt für folgende Teilbereiche vor:
  - ° Gesundheitsfürsorge
  - ° Vermögensangelegenheiten
  - ° Aufenthaltsbestimmungsrecht
  - ° Entscheidung über den Fernmeldeverkehr
  - ° Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Für Frau / Herrn .....muß ein Betreuer bestellt werden.

Die Beantragung erfolgt

durch \_\_\_\_\_

am \_\_\_\_\_

bei \_\_\_\_\_

Ort, Datum.....Unterschrift.....

Durch das Amtsgericht.....

ist Frau/Herr.....als Betreuer

bestallt worden.

Die Bestallungsurkunde vom.....liegt in Kopie vor.

**Angaben zu den Ärzten**

Bisher behandelnder Arzt:

Dr.....

Strasse.....

PLZ, Ort.....

Telefon.....

Wer soll die Behandlung während des Heimaufenthaltes übernehmen?

Dr.

Tel.

Adresse:

----- Unbedingt ärztlichen Fragebogen (Seite 5) ausfüllen lassen -----

**Angaben zur Krankenversicherung**

AOK

Ersatzkasse

Privat

Anschrift/ Sitz der Kasse falls bekannt:

**Angaben zur allgemeinen Befreiung**

Liegt eine Befreiung vor?

Ja

Nein

bis:

Rezeptgebührenbefreit?

Ja

Nein

Rundfunkgebührenbefreit?  
(GEZ)

Ja

Nein

Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden?

Ja

Nein

Wenn ja, Kopie hinterlegen.

**Vorherige Heimaufenthalte**

Einrichtung: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Einrichtung: \_\_\_\_\_ von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

**Wir weisen Sie hiermit darauf hin, daß Ihre Daten zur Bearbeitung elektronisch gespeichert werden. Sie unterliegen den geltenden Datenschutzbestimmungen.**

Ort, Datum.....

Bewohner.....

oder/und.....

in seiner Eigenschaft als.....

**Von der Verwaltung auszufüllen**

Zimmernummer:

Heimvertrag abgeschlossen am:

## Checkliste für die Anmeldung

- Anmeldeformular
- Biographiebogen
- ärztlicher Fragebogen
- Formular der Apotheke
- Überweisung vom Hausarzt falls ein Arztwechsel ansteht
- Quittung der 10,-€ Praxisgebühr für das laufende Quartal
- Schwerbehindertenausweis (wenn vorhanden)
- Personalausweis
- Krankenversicherungskarte
- Rezeptbefreiungskarte (wenn vorhanden)
- Rentenbescheid
- Generalvollmacht/ Vorsorgevollmacht oder Betreuerausweis (wenn vorhanden) – freiheitsentziehende Maßnahmen vorher beantragen
- Bitte mitgebrachte Medikamente mit Namen beschriften
- Inkontinenzmaterial bei KZP
- Info Wäschepflege / Formular chem. Reinigung