

ASB Musterhaus am Musterberg  
Musterstr. 88, 8888 Musterhausen  
Tel: xxxx/xxxx

## Anmeldung zur Heimaufnahme Persönliche Daten

Vom Bewerber auszufüllen!

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Telefon: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

## Informationen zur Aufnahme

Betreuungszeitraum  vollstationär

Kurzzeitpflege von \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

Aufnahmetag: \_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_

Einzelzimmer  Doppelzimmer

Anruf bei Kontaktperson Nr. \_\_\_\_\_ in der Eingewöhnungsphase zu festgelegten Zeiten erwünscht (Wochentag: \_\_\_\_\_ Uhrzeit: \_\_\_\_\_ Rhythmus: \_\_\_\_\_)

Anruf bei Kontaktperson nur im Notfall

Sonstige Informationen/ Notizen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Angaben zur Pflegeversicherung

Pflegestufe:  keine  1  2  3  Härtefall

Ein-/Höherstufung bei Pflegekasse beantragt

am \_\_\_\_\_ durch \_\_\_\_\_

PEA:  beantragt  genehmigt

## Angaben zu Kontaktpersonen

1. Name, Vorname: \_\_\_\_\_ wie verwandt? \_\_\_\_\_

# MUSTER!

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.privat: \_\_\_\_\_ Tel. geschäftl.: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Benachrichtigung  tagsüber  nachts

2. Name, Vorname: \_\_\_\_\_ wie verwandt? \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.privat: \_\_\_\_\_ Tel. geschäftl.: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Benachrichtigung  tagsüber  nachts

3. Name, Vorname: \_\_\_\_\_ wie verwandt? \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Tel.privat: \_\_\_\_\_ Tel. geschäftl.: \_\_\_\_\_

Handy: \_\_\_\_\_ e-mail: \_\_\_\_\_

Benachrichtigung  tagsüber  nachts

## Seelsorge

Religion: \_\_\_\_\_ Kirchengemeinde: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Tel.nr.: \_\_\_\_\_

Besuchsdienst  ja  nein Krankensalbung  ja  nein

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Erklärung zur Heimkostenfinanzierung

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

- Anteil Pflegekasse
- Selbstfinanzierung
- Kostenübernahme Sozialamt \_\_\_\_\_

# MUSTER!

## Selbst-/ Restfinanzierung

Die Rechnung ist zu stellen an \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Einzugsermächtigung

Ermächtigung zum Einzug von Forderungen mittels Lastschrift

Hiermit ermächtige(n) ich/wir den Arbeiter-Samariter-Bund Regionalverband Heilbronn, [ASB Musterhaus](#) die von mir/uns zu zahlenden Beiträge bei der Fälligkeit zu Lasten meines/unseres Girokontos mittels Lastschrift einzuziehen.

Die Möglichkeit des Widerrufs dieser Einzugsermächtigung ist mir mit dieser Ermächtigung nicht ausgeschlossen.

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

Bankleitzahl: \_\_\_\_\_

Kontonummer: \_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

## Regelung der Betreuung

Bisher war keine gesetzliche Betreuung notwendig.

Gesetzlicher Betreuer  ist vom Amtsgericht bestellt (Kopie des Betreuerausweises)

für die Bereiche:

- Gesundheitsfürsorge
- Vermögensangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmungsrecht
- Entscheidung über Fernmeldeverkehr
- Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen

# MUSTER!

- ist beantragt (Verfahren läuft) bei \_\_\_\_\_.
- muss beantragt werden.

Generalvollmacht liegt vor. (Kopie)

Vorsorgevollmacht liegt für folgende Teilbereiche vor (Kopie):

- Gesundheitsfürsorge
- Vermögensangelegenheiten
- Aufenthaltsbestimmungsrecht
- Entscheidung über Fernmeldeverkehr
- Entscheidung über freiheitsentziehende Maßnahmen

Gesetzlicher Betreuer:

Bevollmächtigter:

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

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

Straße: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

PLZ, Wohnort: \_\_\_\_\_

Patientenverfügung liegt vor. (Kopie)

Betreuungsverfügung liegt vor. (Kopie)

## Angaben zu den Ärzten

Bisher behandelnder Hausarzt:

Wer soll die Behandlung während des Heimaufenthalts übernehmen?

Dr. \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

Tel.: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Tel.: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Fax: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Fax: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Bisher behandelnder Zahnarzt:

Wer soll die Behandlung während des Heimaufenthalts übernehmen?

Dr. \_\_\_\_\_

Dr. \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

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

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

# MUSTER!

Tel.: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Tel.: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Fax: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ Fax: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

Werden zahnärztliche Untersuchungen gewünscht  ja /  nein

Erfolgen Hausbesuche durch Zahnarzt :  ja /  nein

Begleitung zum Zahnarzt wird privat organisiert  ja /  nein

Bonusheft Zahnarzt  ja /  nein

Findet eine professionelle Zahnreinigung regelmäßig statt  ja /  nein

---Unbedingt ärztlichen Fragebogen ausfüllen lassen---

## Angaben zur Krankenversicherung

AOK       andere Kasse       Privat

Name, Sitz der Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

## Angaben zur allgemeinen Befreiung/ Schwerbehindertenausweis

Rezeptgebührenbefreiung

ja, bis \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_ . \_\_\_\_\_      Ausweisnr.: \_\_\_\_\_       nein

Fahrtkostenbefreiung       ja       nein

Schwerbehindertenausweis  ja       \_\_\_\_\_ %

Merkmale:  aG    G    B    RF    H    BG

nein

## Angaben zur Hilfs-/Heilmittelversorgung

Vor Einzug verwendete Hilfsmittel:    Dekubitusmatratze    Rollstuhl    Gehwagen

Gehstock    Nachtstuhl    Sonstige: \_\_\_\_\_

Zu beantragende Hilfsmittel/ Verordnungen:  KG    Ergotherapie    Logopädie

RS/MRS    Rohokissen    Rollator    Dekubitusmatratze

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## Ernährung

Diabetiker/in    Vollkost    passierte Kost    Allergien: \_\_\_\_\_

**Friseur/ Fußpflege**

Friseur             vom Haus     eigener Friseur: \_\_\_\_\_

Fußpflege         vom Haus     eigene Fußpflege: \_\_\_\_\_

⇒ Termine machen     die Angehörigen     Pflegemitarbeiter

**Wäscheversorgung**

Wäsche wird von den Angehörigen gewaschen

Anmelden in Wäscherei     KZP     vollstationär

**Vorherige Heimaufenthalte**

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

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

Grund für die Aufnahme in unsere Einrichtung: \_\_\_\_\_

Biografiebogen mitgegeben  ja     nein    bis wann zurück: \_\_\_\_\_

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

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Bewohner

\_\_\_\_\_  
und/oder gesetzlicher Vertreter

**Von der Verwaltung auszufüllen:**

Zimmernummer: \_\_\_\_\_ Heimvertrag abgeschlossen am: \_\_\_\_\_

## Ärztlicher Fragebogen anlässlich der Anmeldung zur Heimaufnahme

Liebe Praxis Dr. \_\_\_\_\_,

bitte lassen Sie uns baldmöglichst den ausgefüllten ärztlichen Fragebogen **per Fax – xxxxxxxx/xxxxxx** wieder zukommen. Bitte alle Fragen vollständig beantworten, zutreffendes ankreuzen ( x ), ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben.

**Herzlichen Dank im Voraus für Ihre Bemühungen.**

**Mit freundlichen Grüßen**

**ASB Musterhaus**

**Vor- und Zuname:**

**Geburtsdatum:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_.\_\_\_\_\_

**Ist der Patient gehfähig?**     Ja     Nein

**Treppensteigen möglich?**     Ja     Nein

**Ist der Patient häufig  
bettlägerig?**     Ja     Nein

**Ständig bettlägerig?**     Ja     Nein

**Beherrschung des  
Stuhlabgangs?**     Ja     Nein

**Beherrschung des  
Urinabgangs?**     Ja     Nein

**Wo wird fremde Hilfe  
benötigt?**

beim Essen                       beim Ankleiden

beim Aufstehen                       beim Waschen

Beim Benutzen der Toilette

beim Frisieren/Rasieren

beim Lagern zur Nachtruhe

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Örtlich orientiert?**     Ja     Nein     nicht immer

**Zeitlich orientiert?**     Ja     Nein     nicht immer

**Nachts ruhig?**     Ja     Nein     nicht immer

**Gefährliche  
Eigenschaften?**

Nein     Ja, welche: \_\_\_\_\_

**Suchtkrankheit?**                       Nein     Ja, welche: \_\_\_\_\_

**Körperliche  
Behinderung(en), Art:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Geistig-seelische  
Behinderung/ Störung:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Diagnosen:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikamenten-  
verordnung (b. Bedarf  
Extrablatt):** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Ist der Patient frei von  
ansteckenden  
Krankheiten?**                       Ja     Nein, welche: \_\_\_\_\_

**Hinweis/ Bemerkungen  
des Arztes:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_  
Praxisstempel

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes