

Kontakt: 58553 Halver, Bachstraße 1, Fon: 02353/916-0 Beratung / Aufnahme: Fon: - 916 105, Fax -916 110

**Vormerkung** (Punkt 1–17, 29, 34-47 ausfüllen) ( Intern: Erledigungsvermerk )  
**Bedarfsanzeige durch Sie zu gegebener Zeit  
unbedingt rechtzeitig erforderlich!**

**Anmeldung für**  Stationäre Pflege  
 Kurzzeitpflege

1. <b>Zuname</b> ggf. <b>Geburtsname</b>	Geburtsname	
2. <b>Vorname</b> Rufnamen bitte unterstreichen		
3. <b>Wohnung</b> Straße und Hausnummer		
gemeldete Hauptwohnung	Postleitzahl, Ort	Telefon
4. <b>Derzeitiger Aufenthalt bei</b> Name		
5. <b>Geburtstag</b>		
6. <b>Geburtsort</b> Kreis, ggf. Land / Staat		
7. <b>Familienstand</b>	Seit wann verheiratet, geschieden, verwitwet?	
Name des letzten Ehepartners		
8. <b>Konfession, Staatsangehörigkeit</b>	<input type="checkbox"/> Ohne Konfession	
9. <b>Beruf</b>		
10. <b>Anzahl der Kinder</b>		davon bereits verstorben
11. <b>1. Ansprechpartner / Angehörige/r /</b> Name Anschrif  Verhältnis zum Antragsteller		
	Telefon /Fax/E-Mail	
12. <b>2. Ansprechpartner / Angehörige/r</b> Name Anschrif  wie verwandt ?		
	Telefon /Fax/E-Mail	
12. <input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer Name <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r <input type="checkbox"/> Patientenverfügung <b>Wichtig:</b> Bitte Kopie der Anschrif Bestellungsurkunde / Vollmacht / Patientenverfügung beifügen		
	Telefon /Fax/E-Mail	

13. Hausarzt	Name	
	Anschrift	Telefon /Fax
14. Facharzt/Fachrichtung	Name	
	Anschrift	Telefon /Fax
15. Apotheke	Ich wünsche die Rezeptabwicklung	<input type="checkbox"/> Automatisch organisiert über Vertragsapotheke des Seniorenzentrums (Rats-Apotheke) <input type="checkbox"/> selbstorganisiert über Apotheke meiner Wahl <b>Name:</b> _____

## Kranken- u. Pflegeversicherung

16. Krankenkasse	Name	
	Anschrift, Telefon	
Mitgliedsnummer:		
Befreit von der Zuzahlung zu Rezeptgebühren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja von _____ bis _____
17. Pflegekasse	Name	
	Anschrift, Telefon	
Festgestellter Pflegegrad	Welcher _____	<input type="checkbox"/> beantragt wann <input type="checkbox"/> abgelehnt wann
Wurde eine eingeschränkte Alltagskompetenz anerkannt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
18. Kostenübernahme der Pflegekasse für Dauer- Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> ist beigefügt <input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ <input type="checkbox"/> muss noch beantragt werden	Bitte aktuellen Bescheid beifügen!

## Kostenträger bei Stationärer - und Kurzzeitpflege:

19. Die ungedeckten Kosten der Unterbringung trage ich als	<input type="checkbox"/> <b>Selbstzahler</b> aus <input type="checkbox"/> mtl. Einkommen	<input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Vermögen
20. Rechnungsempfänger bin ich oder Angehöriger / Betreuer: Name: Anschrift:	<input type="checkbox"/> selbst	
21. Ich benötige voraussichtlich Unterstützung durch den Sozialhilfeträger (Einkünfte und Pflegegeld reichen nicht zur Deckung der Heimkosten u. Vermögen liegt unter 2600,00€.) <b>Beantragung muss vor Aufnahme erfolgen!</b>	<input type="checkbox"/> <b>Sozialamt</b> Die Kostenübernahme beim zuständigen Sozialamt in _____ <input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____	<input type="checkbox"/> muss noch beantragt werden

22. Erhalten Sie Versorgungsbezüge Besteht ein Beihilfeanspruch (z. B. Beamte, Angestellte i. öffentl. Dienst)?	<input type="checkbox"/> ja von _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beihilfe wurde beantragt
23. Erhalten Sie Leistungen der Kriegsopferfürsorge?	<input type="checkbox"/> ja von _____ <input type="checkbox"/> Grundrente sowie <input type="checkbox"/> Ausgleichsrente

## Wichtige Angaben zur Finanzierungsberatung bei stationärer Dauerpflege:

Die nachstehenden Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz!  
Für eine umfassende Finanzierungsberatung und ggf. Beantragung von Zuschüssen (z. B. Pflegegeld) sind sie jedoch unbedingt notwendig und bei der Aufnahme ggf. schriftliche Nachweise vorzulegen.

24. Vermögen (Spar-, Immobilien, Wertpapiere, Lebens-, Sterbeversicherungen etc.)	Über 10.000 € <input type="checkbox"/> Unter 10.000 € <input type="checkbox"/> Belege erforderlich zur Beantragung von Pflegegeld
25. Angaben zur Art des Einkommens (Bei Vermögen erheblich über 10.000 € nicht erforderlich,  bei Vermögen unter 10.000 € Bescheinigung erforderlich zur Beantragung von Pflegegeld)	Art des EK:            aktueller Betrag; Zahlende Stelle Altersrente <input type="checkbox"/> _____ € _____ Witwenrente <input type="checkbox"/> _____ € _____ Werksrente <input type="checkbox"/> _____ € _____ Pension <input type="checkbox"/> _____ € _____ Kriegsrente KOF <input type="checkbox"/> _____ € _____ Blindengeld <input type="checkbox"/> _____ € _____ Zinsen/Wertpapiere <input type="checkbox"/> _____ € _____ Mieteinnahmen <input type="checkbox"/> _____ € _____ Sonstige Einkünfte <input type="checkbox"/> _____ € _____
26. Angaben zur Kontoverbindung  zum Bankeinzug der Heimkosten bei Selbstzahlern	Kontoinhaber: <input type="checkbox"/> selbst oder <input type="checkbox"/> _____ Bankinstitut: _____ Kontonummer: _____ <b>BIC:</b> _____ <b>IBAN:</b> _____

27. Aus welchen Gründen und wann wird die Aufnahme gewünscht?	<input type="checkbox"/> kurzfristig <input type="checkbox"/> in ca. ___ Wochen
28. Hinweise, Bemerkungen zur Person, Krankheitsbildern, Auffälligkeiten	

29. Gewünschte Unterbringung	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Zimmer für Ehepaare <input type="checkbox"/> Einzelzimmer
30. Postempfänger (geschäftliche sowie private Post)	

### Nur für stationäre Dauerpflege:

31. Anmeldung Fernseher/Radio <input type="checkbox"/> nein	GEZ-Nr. (s. Kontoauszug):
32. privater Telefonanschluss <input type="checkbox"/> nein	Kunden-Nr. (s. Telefonrechnung):
Wenn <input type="checkbox"/> ja, bitte unbedingt alle Angaben ergänzen	Telefonnr.: _____ Eintragung ins Telefonbuch <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Überweisung   oder <input type="checkbox"/> Kontoverbindung f. Gebühren-Abbuchung
33. WLAN-Zugang gewünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Eigene Mobil- oder Festnetznummer (unbedingt erforderlich):

### Nur für Kurzzeitpflege:

33. Gewünschter Zeitraum	Von – bis: _____
Bereits bestätigter Zeitraum	Von – bis: _____

### Für Stationäre Pflege, Kurzzeitpflege, Vormerkungen:

34. Zum Ausfüllen folgender Punkte benötige ich Beratung:	
35. Ich benötige ein umfassende Beratung zum Bereich:	

### Unterschrift:

36. Anmeldung ist - bis auf Widerruf -verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.	_____	_____
	Ort/Datum	Unterschrift des Aufzunehmenden
	_____	_____
	Ort/Datum	Unterschrift des Antragstellers / Betreuers

### Referenz:

37. Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> kirchl. Gemeinde <input type="checkbox"/> Krankenhaus <input type="checkbox"/> örtliche Nähe <input type="checkbox"/> Mitarbeiter <input type="checkbox"/> Bekannte <input type="checkbox"/> Pflegedienst <input type="checkbox"/> Internet/Zeitung <input type="checkbox"/> Hausarzt
	Sonstige: