

Anmeldung zur Heimaufnahme



**Caritasverband
Heidelberg e.V.**

Die Anmeldung soll für folgende Einrichtung gelten (Bitte ankreuzen):

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Pflegeheimat
St. Hedwig

Mönchhofstraße 28
69120 Heidelberg
Telefon (06221) 417 - 0
Telefax (06221) 417 - 100
info@pflegeheimat.de | ☐ Caritas-Altenpflegeheim
St. Michael

Steubenstraße 56-58
69121 Heidelberg
Telefon (06221) 45 43
Telefax (06221) 454 - 555
info@st-michaelhd.de | ☐ beide / je nach Verfügbarkeit

(Bogen geht zur Anfrage an beide
Heime) |
|--|--|---|

Nachname:		Geburtsname:	
Vorname(n): (Rufname bitte ggf. unterstreichen)			
Geburtsdatum:		Geburtsort (und ggf. Land):	
Adresse:			
Telefon:		Mobiltelefon:	
E-Mail-Adresse:			
Familienstand (u. ggf. seit wann):	Religion/Konfession:	Staatsangehörigkeit: Bevorzugte Sprache: weitere Sprachen:	
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?			
Derzeitiger Aufenthaltsort, sofern nicht zu Hause: Bitte ggf. Ort/Adresse des Krankenhauses oder Pflegeheimes angeben bzw. des Haushaltes			
Angehörige / Betreuer / Bevollmächtigte / wichtige Bezugspersonen:			
Hinweis: Bitte bei den nachfolgenden Kontaktdaten jeweils die zutreffende(n) Kennziffer(n) ankreuzen!			
Kennziffern	① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	bevollmächtigt (bitte Vollmacht im Original vorlegen) amtlich bestellte/r Betreuer/in (bitte Urkunde vorlegen) bei Krisen (z. B. Krankenhauseinweisung) benachrichtigen bei Krisen auch nachts benachrichtigen Rechnungsempfänger/in Ansprechpartner nach Ende der gesetzlichen Betreuung Unterzeichnende/r dieser Anmeldung	
1. Vor- und Zuname :		Verwandtschaft/ Beziehung?	
Adresse:			
Kontakt:			
Telefon privat		Telefon geschäftlich	
Mobiltelefon		E-Mail	
zutreffende Kennziffern(n) (bitte ankreuzen ⊗):		① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	

2. Vor- und Zuname : _____ Adresse: _____ Kontakt: _____ Telefon privat _____ Mobiltelefon _____ Telefon geschäftlich _____ E-Mail _____ zutreffende Kennziffern(n) (bitte ankreuzen ⊗): ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Verwandtschaft/ Beziehung? _____
3. Vor- und Zuname : _____ Adresse: _____ Kontakt: _____ Telefon privat _____ Mobiltelefon _____ Telefon geschäftlich _____ E-Mail _____ zutreffende Kennziffern(n) (bitte ankreuzen ⊗): ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Verwandtschaft/ Beziehung? _____
4. Vor- und Zuname : _____ Adresse: _____ Kontakt: _____ Telefon privat _____ Mobiltelefon _____ Telefon geschäftlich _____ E-Mail _____ zutreffende Kennziffern(n) (bitte ankreuzen ⊗): ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Verwandtschaft/ Beziehung? _____
5. Vor- und Zuname : _____ Adresse: _____ Kontakt: _____ Telefon privat _____ Mobiltelefon _____ Telefon geschäftlich _____ E-Mail _____ zutreffende Kennziffern(n) (bitte ankreuzen ⊗): ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	Verwandtschaft/ Beziehung? _____
Aufnahme zur ☐ Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege von ... bis: _____ Kurzzeit- oder Verhinderungspflege wurde in diesem Kalenderjahr bereits in Anspruch genommen: ☐ Nein ☐ Ja ☐ vollstationären Pflege bereits bei Pflegeversicherung beantragt ☐ Nein ☐ Ja	

Patientenverfügung vorhanden:		☐ Nein	☐ Ja (bitte vorlegen)										
Kranken- / Pflegeversicherung:		Versichertennummer:											
		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td><td style="width: 25px;"></td> </tr> </table>											
		Hinweis: Bitte Versicherungskarte vorlegen											
Bemerkungen (z. B. zu Versicherungsart, Versicherung über Sozialamt):													
Beihilfeanspruch:		☐ Nein	☐ Ja _____ %										
Beihilfestelle (Name/Ort): _____													
Pflegegrad:	1 ☐	2 ☐	3 ☐										
	4 ☐	5 ☐	keiner: ☐										
<u>Bitte Nachweis vorlegen</u>													
Antrag gestellt am: _____													
Eilantrag über Krankenhauses-Sozialdienst:		☐ Nein	☐ Ja										
Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit im Anschluss an Krankenhausaufenthalt beantragt (§ 39c SGB V):													
		☐ Nein	☐ Ja										
wenn "Ja", bitte Bescheid der Krankenversicherung vorlegen													
bei vollstationärer Pflege: Besitzstandsschutzbetrag der Pflegeversicherung													
		☐ Nein	☐ Ja										
Schwerbehinderung :		☐ Nein	☐ Ja										
Bitte ggf. Schwerbeh.ausweis in Kopie beifügen			Merkzeichen:										
Liegen Genehmigungen bezüglich freiheitseinschränkender Maßnahmen (bspw. Bettgitter) vor: (wenn ja, bitte vorlegen)		☐ Nein	☐ Ja										
	Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in EUR										
Monatliches Einkommen nach heutigem Stand:													
Kostenträger: (Zutreffendes bitte ankreuzen)													
☐ Pflegeversicherung Bitte Bewilligung vorlegen													
☐ das oben angeführte monatliche Einkommen Bitte Rentenbescheide in Kopie beifügen													
☐ Zuzahlung aus Barvermögen													
☐ Unterstützung durch Sozialhilfeträger (bitte Nachweis vorlegen)		Zuständiges Sozialamt: _____											
☐ Unterstützung durch Sozialhilfeträger ist beantragt (bitte Nachweis vorlegen)		Datum der Antragstellung: _____											
Liegt eine Zuzahlungsbefreiung vor?		☐ Nein	☐ Ja (Bitte Kopie als Anlage)										
Liegt eine Fahrtkostenbefreiung vor?		☐ Nein	☐ Ja (Bitte Kopie als Anlage)										

nur für die Einrichtung Pflegeheimat St. Hedwig:

Gewünschte Wohnmöglichkeit: (Zutreffendes ankreuzen)

☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer☐ Doppelzimmer als Einzelzimmer (Aufpreis 13€/Tag)

Wohnbereich: _____

☐ ruhige (dezentrale) Lage☐ zentrale Lage

Lage nach O / S / W / N: _____

notwendig

gewünscht

Balkon

Dusche im Zimmer

Bett mit Überlänge

elektrische Verstellbarkeit des Bettes

sonstige Wünsche / Bedürfnisse:

Hausarzt:

Name, Anschrift, Telefon u. _____

Fax _____

☐ Fortsetzung der Betreuung erwünscht☐ Wechsel zu Arzt _____ / Kooperationsarzt des Heimes erwünscht**Zahnarzt:**

Name, Anschrift, Telefon u. _____

Fax _____

Facharzt:**1.**

jeweils Name, _____

Fachgebiet, _____

Anschrift, Telefon u. _____

Fax _____

2.**3.**Ist die Besiedlung/Infektion mit problematischen Keimen bekannt: ☐ Nein ☐ Ja, _____

(wenn ja: Art/Lokalisation) _____

Gewünschter Einzugstermin / Ergänzungen / Bemerkungen:**Im Sterbefall: Bestattungsart / Bestattungsinstitut:****Ort, Datum:****Unterschrift:**☐ Bitte Vorgespräch/Besichtigungstermin vereinbaren mit Unterzeichner/-in oder Bezugsperson Nr.: _____☐ Vorgespräch/Besichtigungstermin nicht möglich / erwünscht

Bitte legen Sie der Anmeldung den Ärztlichen Fragebogen bei.

Sollten Sie Ihre Anmeldung zum Heimeinzug zurückziehen, bitten wir um umgehende Benachrichtigung.