

# Anmeldung zur Heimaufnahme



**Caritasverband  
Heidelberg e.V.**

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

- Pflegeheimat St. Hedwig**
                         
  **Caritas-Altenpflegeheim St. Michael**
                         
  **beide / je nach Verfügbarkeit**

(Bogen geht zur Anfrage an beide Heime)

Mönchhofstraße 28  
69120 Heidelberg  
Telefon (06221) 417 - 0  
Telefax (06221) 417 - 100  
info@pflegeheimat.de

Steubenstraße 56-58  
69121 Heidelberg  
Telefon (06221) 454 - 0  
Telefax (06221) 454 - 555  
info@st-michaelhd.de

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

<p>2. Vor- und Zuname : _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Kontakt: _____</p> <p style="text-align: center;">Telefon privat</p> <p style="text-align: center;">Mobiltelefon</p>	<p style="text-align: right;">Verwandtschaft/ Beziehung? _____</p> <p style="text-align: center;">Telefon geschäftlich</p> <p style="text-align: center;">E-Mail</p>
<p>zutreffende Kennziffern(n) (bitte ankreuzen ⊗):      <input type="radio"/> 1    <input type="radio"/> 2    <input type="radio"/> 3    <input type="radio"/> 4    <input type="radio"/> 5    <input type="radio"/> 6    <input type="radio"/> 7</p>	
<p>3. Vor- und Zuname : _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Kontakt: _____</p> <p style="text-align: center;">Telefon privat</p> <p style="text-align: center;">Mobiltelefon</p>	<p style="text-align: right;">Verwandtschaft/ Beziehung? _____</p> <p style="text-align: center;">Telefon geschäftlich</p> <p style="text-align: center;">E-Mail</p>
<p>zutreffende Kennziffern(n) (bitte ankreuzen ⊗):      <input type="radio"/> 1    <input type="radio"/> 2    <input type="radio"/> 3    <input type="radio"/> 4    <input type="radio"/> 5    <input type="radio"/> 6    <input type="radio"/> 7</p>	
<p>4. Vor- und Zuname : _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Kontakt: _____</p> <p style="text-align: center;">Telefon privat</p> <p style="text-align: center;">Mobiltelefon</p>	<p style="text-align: right;">Verwandtschaft/ Beziehung? _____</p> <p style="text-align: center;">Telefon geschäftlich</p> <p style="text-align: center;">E-Mail</p>
<p>zutreffende Kennziffern(n) (bitte ankreuzen ⊗):      <input type="radio"/> 1    <input type="radio"/> 2    <input type="radio"/> 3    <input type="radio"/> 4    <input type="radio"/> 5    <input type="radio"/> 6    <input type="radio"/> 7</p>	
<p>5. Vor- und Zuname : _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Kontakt: _____</p> <p style="text-align: center;">Telefon privat</p> <p style="text-align: center;">Mobiltelefon</p>	<p style="text-align: right;">Verwandtschaft/ Beziehung? _____</p> <p style="text-align: center;">Telefon geschäftlich</p> <p style="text-align: center;">E-Mail</p>
<p>zutreffende Kennziffern(n) (bitte ankreuzen ⊗):      <input type="radio"/> 1    <input type="radio"/> 2    <input type="radio"/> 3    <input type="radio"/> 4    <input type="radio"/> 5    <input type="radio"/> 6    <input type="radio"/> 7</p>	
<p><b>Aufnahme zur</b>      <input type="checkbox"/> <b>Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege</b>      <b>von .. bis:</b> _____</p> <p style="text-align: center;"><b>Kurzzeit- oder Verhinderungspflege wurde in diesem Kalenderjahr bereits in Anspruch genommen:</b></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> <b>Nein</b>      <input type="checkbox"/> <b>Ja</b></p> <p><input type="checkbox"/> <b>vollstationären Pflege</b></p> <p><b>bereits bei Pflegeversicherung beantragt</b>      <input type="checkbox"/> <b>Nein</b>      <input type="checkbox"/> <b>Ja</b></p>	

Patientenverfügung vorhanden:  Nein  Ja (bitte vorlegen)

Kranken- / Pflegeversicherung: \_\_\_\_\_  
Versichertennummer: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bemerkungen (z. B. zu Versicherungsart, Versicherung über Sozialamt):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Beihilfeanspruch:  Nein  Ja \_\_\_\_\_ %

Beihilfestelle (Name/Ort): \_\_\_\_\_

Pflegegrad: 1  2  3  4  5  keiner:   
Bitte Nachweis vorlegen

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 Merkzeichen:  
Bitte ggf. Schwerbeh.ausweis in Kopie beifügen

Liegen Genehmigungen bezüglich  
freiheitseinschränkender Maßnahmen (bspw. Bettgitter)  Nein  Ja  
vor: (wenn ja, bitte vorlegen)

	Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in EUR
Monatliches Einkommen nach heutigem Stand:			

**Kostenträger:** (Zutreffendes bitte ankreuzen)  
 Pflegeversicherung  
 das oben angeführte monatliche Einkommen Bitte ggf. Rentenbescheide in Kopie beifügen  
 Zuzahlung aus Barvermögen  
 Unterstützung durch Sozialhilfeträger Zuständiges Sozialamt: \_\_\_\_\_  
(bitte Nachweis vorlegen)  
 Unterstützung durch Sozialhilfeträger ist beantragt Datum der Antragstellung: \_\_\_\_\_  
(bitte Nachweis vorlegen)

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                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dusche im Zimmer                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Bett mit Überlänge                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| elektrische Verstellbarkeit des Bettes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- 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.