

Anmeldung zur Heimaufnahme



**Caritasverband
Heidelberg e.V.**

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

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

Plöck 6
69117 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 Nein Ja 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: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></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 Merkzeichen:											
Bitte ggf. Schwerbeh.ausweis in Kopie beifügen															
Liegen Genehmigungen bezüglich freiheitseinschränkender Maßnahmen (bspw. Bettgitter) vor: (wenn ja, bitte vorlegen)		Nein		Ja											
Monatliches Einkommen nach heutigem Stand:	Art des Einkommens	Zahlende Stelle		Betrag in EUR											
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: _____ Datum der Antragstellung: _____															
Unterstützung durch Sozialhilfeträger ist beantragt (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)

Etage	1	2	3	4	ruhige (dezentrale) Lage zentrale Lage
-------	---	---	---	---	---

Lage nach N (Plöck) oder S (Garten): _____

sonstige Wünsche: _____

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: (wenn ja: Art/Lokalisation)	Nein	Ja, _____
---	------	-----------

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.