

Aufnahmebogen

- Haus Bethanien
 Haus Bethesda
 Haus Hebron
 Haus Salem
 Haus Tabor
 Haus Zion

Vom Heim auszufüllen:

- Stationär EZ DZ
 Kombizimmer Zimmer Nr.: _____
 KZP von _____ bis _____
 Einzug am: _____ Eingang Anmeldung: _____
 Reservierung (kostenpflichtig) ab: _____
 Telefon gewünscht: ja nein
Ärztl. Fragebogen muss eingereicht werden

Personendaten

Name	Vorname	Geburtsname
Geb.Datum	Geburtsort	wohnhaft Straße
PLZ/Ort	derzeitiger Aufenthalt (Bsp: KH).Tel./Fax	
Mobilnummer	E-Mail	Staatsangehörigkeit
Religionszugehörigkeit*	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verh.	
Personalausweis <input type="checkbox"/> ja (Kopie) Vollmacht <input type="checkbox"/> ja (Kopie)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein	Patientenverfügung: <input type="checkbox"/> ja (Kopie) <input type="checkbox"/> nein * freiwillige Angabe

Krankenkasse/Pflegekasse

Name	Straße	PLZ/Ort
	<input type="checkbox"/> ja (Kopie) <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
KV Nummer	Zuzahlungsbefreiung	Pflegegrad
Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	(Kopie von Pflegekasse/Pflegegradbestätigung beifügen)	
Kostenträger <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Selbstzahler	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Antrag auf Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Bescheid liegt vor

Zuständiges Sozialamt

Rechnungsempfänger:

 Name, Vorname, Adresse und E-Mail-Adresse

Kontaktpersonen

_____ Name	_____ Vorname	_____ Wie verwandt
_____ Straße	_____ PLZ/Ort	_____ Tel./Fax
_____ E-Mail	_____ Mobiltelefon	_____ in schweren Krankheitsfällen u. b. Tod

Benachrichtigung auch nachts ja nein

Betreuung/Vollmacht ja (Kopie) **Betreuung ist beantragt** ja nein
Betreuung: Finanzen Aufenthalt Gesundheit Generalvollmacht Bankvollmacht

Kontaktpersonen

_____ Name	_____ Vorname	_____ Wie verwandt
_____ Straße	_____ PLZ/Ort	_____ Tel./Fax
_____ E-Mail	_____ Mobiltelefon	_____ in schweren Krankheitsfällen u. b. Tod

Benachrichtigung auch nachts ja nein

Betreuung/Vollmacht ja (Kopie) **Betreuung ist beantragt** ja nein
Betreuung: Finanzen Aufenthalt Gesundheit Generalvollmacht Bankvollmacht

Kontaktpersonen

_____ Name	_____ Vorname	_____ Wie verwandt
_____ Straße	_____ PLZ/Ort	_____ Tel./Fax
_____ E-Mail	_____ Mobiltelefon	_____ in schweren Krankheitsfällen u. b. Tod

Benachrichtigung auch nachts ja nein

Betreuung/Vollmacht ja (Kopie) **Betreuung ist beantragt** ja nein
Betreuung: Finanzen Aufenthalt Gesundheit Generalvollmacht Bankvollmacht

Hausarzt

_____ Name	_____ Straße	_____ PLZ/Ort
_____ Tel./Fax	_____ E-Mail	

Zahnarzt

_____ Name	_____ Straße	_____ PLZ/Ort
_____ Tel./Fax	_____ E-Mail	

Facharzt für _____

_____ Name	_____ Straße	_____ PLZ/Ort
_____ Tel./Fax	_____ E-Mail	

Info an Angehörige bzw. Betreuer:

Folgende Dinge sind im Zusammenhang mit der Heimaufnahme zu erledigen:

1. Ausgefüllter ärztlicher Fragebogen
2. Kopie der aktuellen Einstufung durch die Pflegekasse
3. Kopie des gültigen Rentenbescheides
4. Ein Exemplar des unterschriebenen Heimvertrages und der Zusatzvereinbarungen
5. Eine unterschriebene Einzugsermächtigung
6. Kopie des Betreuerausweises oder der Vorsorgevollmacht sowie der Patientenverfügung
7. Eine Kopie des Personalausweises bzw. Original oder Reisepass
Das Original wird nach Ummeldung zurückgegeben an die Angehörigen.
8. Anmeldung auf dem Rathaus/Gemeinde ist vorzunehmen
9. Ggf. eine Kopie der Rezeptgebührenbefreiung abgeben
10. Antrag auf Kurzzeitpflege/vollstationäre Pflege bei der Pflegekasse stellen
11. Bei der Krankenkasse die Adresse auf der Versicherten-Karte ändern lassen
12. Als Betreuer bzw. Bevollmächtigter: Bitte beauftragen Sie Bank, Krankenkasse oder Behörden, dass die Post für den Bewohner direkt an Sie adressiert wird
13. Den Impfausweis