**Haus Bethanien Vom Heim auszufüllen**:  
 **Haus Bethesda** □ Stationär □ EZ □ DZ

**Haus Hebron** □ Kombizimmer Zimmer Nr.: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Haus Salem** □ KZP von \_\_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_\_\_\_

**Haus Tabor** Einzug am: \_\_\_\_\_\_\_\_\_Eingang Anmeldung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Haus Zion** 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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ led. □ verw. □ geschieden □ verh. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Religionszugehörigkeit\* Familienstand: Datum der Eheschließung\*

Personalausweis □ ja (Kopie) □ nein Patientenverfügung: □ ja (Kopie) □ nein

Vollmacht □ ja (Kopie) □ nein \* freiwillige Angabe

**Krankenkasse/Pflegekasse**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name Straße PLZ/Ort

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ □ ja (Kopie) □ nein □ ja □ nein □ beantragt

KV Nummer Zuzahlungsbefreiung Pflegegrad

**Pflegegrad** □ 1 □ 2 □ 3 □ 4 □ 5 (Kopie von Pflegekasse/Pflegegradbestätigung beifügen)

**Kostenträger** □ ja □ nein □ ja □ nein □ ja □ nein

Selbstzahler Antrag auf Sozialhilfe Bescheid liegt vor

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Zuständiges Sozialamt

**Rechnungsempfänger:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name, Vorname, Adresse und E-Mail-Adresse

**Kontaktpersonen**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Name Vorname Wie verwandt

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Straße PLZ/Ort Tel./Fax

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Benachrichtigung auch nachts □ ja □ nein\_

E-Mail Mobiltelefon in schweren Krankheitsfällen u. b. Tod

**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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Benachrichtigung auch nachts □ ja □ nein\_

E-Mail Mobiltelefon in schweren Krankheitsfällen u. b. Tod

**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

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Benachrichtigung auch nachts □ ja □ nein\_\_

E-Mail Mobiltelefon in schweren Krankheitsfällen u. b. Tod

**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

**Bestellung Wäschenamen:** □ ja □ nein Stückzahl: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Besondere Wünsche für den Fall des Ablebens:**

Ort der Beerdigung : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Gewünschtes Beerdigungsinstitut: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

□ Erdbestattung □ Feuerbestattung

Karte/Vorvertrag von Beerdigungsinstitut vorhanden: □ ja □ nein

**Vollständiger Impfschutz Covid 19 vorhanden?** □ ja □ nein

Datum 1. Impfung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum 2. Impfung: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Bisherige Aufenthalte in einer Einrichtung des Sozialwerks? :** □ ja □ nein

□ Haus Bethanien, Kieselbronn □ Haus Bethesda, Bauschlott □ Haus Hebron, Knittlingen

□ Haus Salem, Ispringen □ Haus Tabor, Maulbronn □ Haus Zion, Sternenfels

**Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?**

□ Werbeanzeige □ Telefonbuch □ Empfehlung □ Mobile Dienste □ Sonstiges

Zur Erfüllung der vertraglichen Pflichten und aus Verwaltungsgründen geben wir Ihre Daten

ggf. an Einrichtungen des Sozialwerks Bethesda weiter.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_□ Angehöriger □ Bevollmächtigter □ Betreuer

Ort, Datum Unterschrift

**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