



## Kontaktpersonen

_____ Name	_____ Vorname	_____ Wie verwandt
_____ Straße	_____ PLZ/Ort	_____ Tel./Fax
_____ E-Mail	_____ Mobiltelefon	_____ Benachrichtigung auch nachts <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 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
_____ E-Mail	_____ Mobiltelefon	_____ Benachrichtigung auch nachts <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 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
_____ E-Mail	_____ Mobiltelefon	_____ Benachrichtigung auch nachts <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein 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	

# Aufnahmebogen

Anmeldung Bewohner Wäscherei Formular (3. D001) wird übergeben.

**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: \_\_\_\_\_

Datum 3. Impfung: \_\_\_\_\_ Datum 4. Impfung: \_\_\_\_\_

**Liegen Allergien/Unverträglichkeiten bzgl. Nahrungsmittel vor?** (z. B. Glutenunverträglichkeit, Laktoseintoleranz etc.)  ja  nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_

**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.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift

Angehöriger  Bevollmächtigter  Betreuer

## **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