

# Aufnahmebogen

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

**Vom Heim auszufüllen:**

- Stationär     EZ     DZ
  - Kombizimmer    Zimmer Nr.: \_\_\_\_\_
  - KZP von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_
  - Einzug am: \_\_\_\_\_ Eingang Anmeldung: \_\_\_\_\_
  - Reservierung (kostenpflichtig) ab: \_\_\_\_\_
  - Telefon gewünscht:  ja     nein (nicht für KÜP)
- 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)	
<b>Kostenträger</b> <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	<u>Benachrichtigung auch nachts</u> <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	<u>Benachrichtigung auch nachts</u> <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	<u>Benachrichtigung auch nachts</u> <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	

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

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Haus Bethanien, Kieselbronn | <input type="checkbox"/> Haus Bethesda, Bauschlott | <input type="checkbox"/> Haus Hebron, Knittlingen |
| <input type="checkbox"/> Haus Salem, Ispringen       | <input type="checkbox"/> Haus Tabor, Maulbronn     | <input type="checkbox"/> Haus Zion, Sternenfels   |
| <input type="checkbox"/> KÜP Mühlacker               |  |   |

**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