

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
(Telefon im KÜP nicht möglich)

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 <small>Selbstzahler</small>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <small>Antrag auf Sozialhilfe</small>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <small>Bescheid liegt vor</small>

Zuständiges Sozialamt

Rechnungsempfänger:

Name, Vorname, Adresse und E-Mail-Adresse

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

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

KÜP Mühlacker

Kommen Sie aus einer anderen stationären Einrichtung? ja nein.

Wenn ja, wie lange sind Sie schon in einer stationären Einrichtung? länger als 12 Monate

länger als 24 Monate länger als 36 Monate Bemerkung: _____

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