



Heimaufnahme Datenblatt

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig.

| Persönliche Daten: | | |
|---|------------------|---------------|
| Name: | Ggf. Geburtsname | Vorname: |
| Aktuelle Straße, Hausnummer | PLZ | Ort |
| Geburtsdatum | Geburtsort | Telefonnummer |
| Lebenssituation: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> getrennt lebend | | Konfession: |

| Kontaktdaten Hausarzt | Kontaktdaten Zahnarzt |
|-----------------------|-----------------------|
| Name | Name |
| Anschrift | Anschrift |
| Telefonnummer | Telefonnummer |

| Krankenkasse/Pflegekasse | | |
|--|---|---|
| Versichertennummer | Name der Kasse | Befreiung von Zuzahlung <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, |
| Schwerbehindertenausweis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie des Ausweises beifügen) | | von bis befreit. |
| Wurden Sie bereits in ein Pflegegrad eingestuft? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 1 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 2 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 3 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 4 <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad 5 <input type="checkbox"/> beantragt am: | | (Bitte Kopie des Bescheides beifügen) |
| Besteht eine gerichtliche Betreuung? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja* (* Bitte Kopie der Unterlagen beifügen) | Bestehen Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht/Generalvollmacht? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja* (* Bitte Kopie der Unterlagen beifügen) | |

| Daten zum Einzug | <input type="checkbox"/> Dauerpflege | <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege |
|--|--------------------------------------|---|
| Gewünschter Aufnahmetag: | | |
| Wie dringlich ist Ihre Aufnahme? <input type="checkbox"/> dieser Antrag ist eine Voranmeldung <input type="checkbox"/> dringend, weil <input type="checkbox"/> sehr dringend, weil | | |



| Wichtige Angehörige: | | Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine Vertrauensperson angeben! |
|--|--|--|
| Name, Vorname | | Name, Vorname |
| Verwandtschaftsverhältnis | | Verwandtschaftsverhältnis |
| Anschrift | | Anschrift |
| Telefonnummer | | Telefonnummer |
| Email (Falls vorhanden) | | Email (Falls vorhanden) |
| Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden. <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein |
| Weitere Anmerkungen: | | |

Folgende Unterlagen lege ich dem Antrag bei:

- ausgefüllten ärztlichen Fragebogen
- Kopie des Bescheides über einen Pflegegrad/Bewilligung Kurzzeitpflege
- Kopie der Unterlagen über die gerichtliche Betreuung
- Kopie der Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht bzw. Generalvollmacht
- Kopie des Personalausweis
- Kopie der Krankenversicherungskarte (Chipkarte unbedingt vorn und hinten)
ggfs. Zuzahlungsbefreiung
- Kopie des Schwerbehindertenausweis

Ich habe alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet.

| | |
|------------|---|
| | |
| Ort, Datum | Unterschrift Antragsteller/Antragstellerin/Bevollmächtigter |

Dieses Formular wird nach Ablauf von 2 Jahren ohne vorherige Information datenschutzgerecht vernichtet.

| | |
|--|---------------------------------|
| Hiermit wird bestätigt, dass bei | |
| Frau/Herrn | _____ |
| geboren am | _____ |
| zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Krankheit, wie TBC, MRSA o.ä. vorhanden sind. | |
| Ort, Datum | Unterschrift/Stempel des Arztes |

Diese Anmeldung ist unverbindlich.

| | | | | | | |
|-----------------|-----------|-----------------------|------------------|-----------------|--------------|---------------|
| Erstellt durch: | HL/PDL/PL | Aktualisierung durch: | HL/PDL/PL/QMB/PR | Version: | 1 | Seite 2 von 2 |
| Erstellt am: | 2017 | Aktualisierung am: | 2019 | Freigabe durch: | HL C. Proske | Heimaufnahme |