

Anmeldung zur Heimaufnahme



**Caritasverband
Heidelberg e.V.**

Die Anmeldung soll für folgende Einrichtung gelten (Bitte ankreuzen):

- Pflegeheimat St. Hedwig**

 Caritas-Altenpflegeheim St. Michael

 beide / je nach Verfügbarkeit

(Bogen geht zur Anfrage an beide Heime)

Mönchhofstraße 28
69120 Heidelberg
Telefon (06221) 417 - 0
Telefax (06221) 417 - 100
info@pflegeheimat.de

Steubenstraße 56-58
69121 Heidelberg
Telefon (06221) 45 43
Telefax (06221) 454 - 555
info@st-michaelhd.de

Nachname:		Geburtsname:	
Vorname(n): (Rufname bitte ggf. unterstreichen)			
Geburtsdatum:		Geburtsort (und ggf. Land):	
Adresse:			
Telefon:		Mobiltelefon:	
E-Mail-Adresse:			
Familienstand (u. ggf. seit wann):		Religion/Konfession:	Staatsangehörigkeit: Bevorzugte Sprache: weitere Sprachen:
Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?			
Derzeitiger Aufenthaltsort, sofern nicht zu Hause: Bitte ggf. Ort/Adresse des Krankenhauses oder Pflegeheimes angeben bzw. des Haushaltes			
Angehörige / Betreuer / Bevollmächtigte / wichtige Bezugspersonen:			
Hinweis: Bitte bei den nachfolgenden Kontaktdaten jeweils die zutreffende(n) Kennziffer(n) ankreuzen!			
Kennziffern	①	bevollmächtigt (bitte Vollmacht im Original vorlegen)	
	②	amtlich bestellte/r Betreuer/in (bitte Urkunde vorlegen)	
	③	bei Krisen (z. B. Krankenhauseinweisung) benachrichtigen	
	④	bei Krisen auch nachts benachrichtigen	
	⑤	Rechnungsempfänger/in	
	⑥	Ansprechpartner nach Ende der gesetzlichen Betreuung	
	⑦	Unterzeichnende/r dieser Anmeldung	
1. Vor- und Zuname :		Verwandtschaft/ Beziehung?	
Adresse:			
Kontakt:			
	_____ Telefon privat	_____ Telefon geschäftlich	
	_____ Mobiltelefon	_____ E-Mail	
zutreffende Kennziffern(n) (bitte ankreuzen ⊗):		①	②
		③	④
		⑤	⑥
		⑦	

bereits bei Pflegeversicherung beantragt Nein Ja

Patientenverfügung vorhanden: Nein Ja (bitte vorlegen)

Kranken- / Pflegeversicherung: _____
Versichertennummer: _____

Bemerkungen (z. B. zu Versicherungsart, Versicherung über Sozialamt):

Beihilfeanspruch: Nein Ja _____ %

Beihilfestelle (Name/Ort): _____

Pflegegrad: 1 2 3 4 5 keiner:

Bitte Nachweis vorlegen

Antrag gestellt am: _____

Eilantrag über Krankenhauses-Sozialdienst: Nein Ja

Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit im Anschluss an Krankenhausaufenthalt beantragt (§ 39c SGB V):
 Nein Ja

wenn "Ja", bitte Bescheid der Krankenversicherung vorlegen

bei vollstationärer Pflege: Besitzstandsschutzbetrag der Pflegeversicherung
 Nein Ja

Schwerbehinderung : Nein Ja Merkzeichen:
Bitte ggf. Schwerbeh.ausweis in Kopie beifügen

Liegen Genehmigungen bezüglich
freiheitseinschränkender Maßnahmen (bspw. Bettgitter) Nein Ja
vor: (wenn ja, bitte vorlegen)

	Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag in EUR
Monatliches Einkommen nach heutigem Stand:			

Kostenträger: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

Pflegeversicherung

das oben angeführte monatliche Einkommen Bitte ggf. Rentenbescheide in Kopie beifügen

Zuzahlung aus Barvermögen

Unterstützung durch Sozialhilfeträger Zuständiges Sozialamt: _____
(bitte Nachweis vorlegen)

Unterstützung durch Sozialhilfeträger ist beantragt Datum der Antragstellung: _____
(bitte Nachweis vorlegen)

Liegt eine Zuzahlungsbefreiung vor? Nein Ja (Bitte Kopie als Anlage)

Liegt eine Fahrtkostenbefreiung vor? _____

Nein

Ja (Bitte Kopie als Anlage)

nur für die Einrichtung Pflegeheimat St. Hedwig:

Gewünschte Wohnmöglichkeit: (Zutreffendes ankreuzen)

Einzelzimmer

Doppelzimmer

Doppelzimmer als Einzelzimmer (Aufpreis 13€/Tag)

Wohnbereich: _____

ruhige (dezentrale) Lage

zentrale Lage

Lage nach O / S / W / N: _____

	notwendig	gewünscht
Balkon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dusche im Zimmer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bett mit Überlänge	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
elektrische Verstellbarkeit des Bettes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

sonstige Wünsche / Bedürfnisse:

Hausarzt:

Name, Anschrift, Telefon u. _____

Fax _____

Fortsetzung der Betreuung erwünscht

Wechsel zu Arzt _____ / Kooperationsarzt des Heimes erwünscht

Zahnarzt:

Name, Anschrift, Telefon u. _____

Fax _____

Facharzt:

1.

jeweils Name, _____

Fachgebiet, _____

Anschrift, Telefon u. _____

Fax _____

2.

3.

Ist die Besiedlung/Infektion mit problematischen Keimen bekannt: Nein Ja, _____

(wenn ja: Art/Lokalisation) _____

Gewünschter Einzugstermin / Ergänzungen / Bemerkungen:

Im Sterbefall: Bestattungsart / Bestattungsinstitut:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bitte Vorgespräch/Besichtigungstermin vereinbaren mit Unterzeichner/-in oder Bezugsperson Nr.: _____

Vorgespräch/Besichtigungstermin nicht möglich / erwünscht

Bitte legen Sie der Anmeldung den Ärztlichen Fragebogen bei.

Sollten Sie Ihre Anmeldung zum Heimeinzug zurückziehen, bitten wir um umgehende Benachrichtigung.