

DRK-Seniorenzentrum

Geplanter Pflegeplatz: \_\_\_\_\_ Zimmernummer: \_\_\_\_\_.

Geplanter Aufnahmetag \_\_\_\_\_ :

**Anmeldung zur Heimaufnahme**

- vollstationäre Pflege
- Kurzzeitpflege
- Verhinderungspflege

1.	Name, Geburtsname	
2.	Vorname	
3.	<b>Wohnung</b>  Straße, Hausnummer Ort	
4.	<b>Derzeitige Aufenthalt</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Krankenhaus</li> <li>• Andere Einrichtung</li> <li>• Sonstige Aufenthalte</li> </ul>	Name
		Anschrift
		Seit wann:
5.	Geburtsdaten	am: in:
6.	Familienstand	
7.	Konfession	
8.	Staatsangehörigkeit	
9.	Krankenkasse bzw. Pflegekasse/Pflegegrad	Versicherungsnummer
		Pflegegrad:
10.	Zuzahlungsbefreit?	Ja <input type="checkbox"/> bis wann _____ Nein <input type="checkbox"/>
11.	Beruf	erlernter Beruf
		zuletzt ausgeübter Beruf

DRK-Seniorenzentrum

12.	Angehörige/ Ansprechpartner  Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben	Vor- und Zuname	
		Straße, Hausnummer	
		Postleitzahl Wohnort	Telefon
		Beziehung zum Antragsteller (z.B. Tochter)	
12a.		Vor- und Zuname	
		Straße, Hausnummer	
		Postleitzahl Wohnort	Telefon
		Beziehung zum Antragsteller (z.B. Tochter)	
13.	Gesetzlich bestellter Betreuer (Kopie der Urkunde bitte beifügen)/ Bevollmächtigter (Kopie der Vollmacht bitte beifügen)	Vor- und Zuname	
		Postleitzahl, Wohnort	
		Straße, Hausnummer	
		Telefon	
14.	Name des Hausarztes	Dr.	Tel:
15.	<b>Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)</b>		
	<b>Art des Einkommens</b>	<b>Zahlende Stelle</b>	<b>Betrag €/Monat</b>
a.	Angestelltenrente		
b.	Invalidenrente		
c.	Knappschaftsrente		
d.	Witwenrente		
e.	Sonstige Einnahmen, Pensionen, Unterhaltszahlungen usw.		

DRK-Seniorenzentrum

15a.	<b>Rechnungsstellung an:</b>	
16.	Finanzierung der Heimkosten erfolgt durch	<input type="checkbox"/> Eigenes Einkommen <input type="checkbox"/> Pflegekasse <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger, welcher..... <input type="checkbox"/> Sonstige, welche .....
17.	Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme gewünscht?	
18.	Bei Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege: Wurde im laufenden Jahr schon Kurzzeitpflege oder Verhinderungspflege in Anspruch genommen?  <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein  Wenn ja, wieviel Tage?	
19.	Besteht eine Patientenverfügung	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <span style="margin-left: 100px;">Wenn ja, Kopie vorlegen</span>
20.	Wer soll im Krankheits- oder Sterbefall benachrichtigt werden?	siehe Punkt 12 <input type="checkbox"/> siehe Punkt 12a <input type="checkbox"/>
21.	Wer soll nach Ihrem Ableben die Zimmerräumung vornehmen und Ihren Nachlass (Geld, Sparbücher u. Wertsachen, soweit vom Heim aufbewahrt) entgegennehmen?	
		siehe Punkt 12 <input type="checkbox"/>
		siehe Punkt 12a <input type="checkbox"/>
22.	Sind schon vertragliche Regelungen über eine Bestattung festgelegt worden?	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
22a.	Folgende Regelungen:	
23.	Welche Sachen beabsichtigen Sie in ein Einzelzimmer mitzubringen? Genaue Aufstellung, soweit erforderlich mit Maßen)	

## DRK-Seniorenzentrum

24.	Hinweise, Bemerkungen und Ergänzungen	
25.	Apotheke	
26.	Covid 19 geimpft	Impfstoff: Impfdatum:
27.	Steuer-ID	Nr.:
28.	Wäscheversorgung	<input type="checkbox"/> selber durch Angehörige <input type="checkbox"/> vom Haus
29.	Zimmerschlüssel	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
30.	Hilfe zur Pflege beantragt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
31.	Anmeldung GEZ	<input type="checkbox"/> Benötigt Bescheinigung von der Einrichtung
32.	Anmeldung Einwohnermeldeamt	<input type="checkbox"/> erfolgt durch die Angehörigen
33.	Private Haftpflichtversicherung	<input type="checkbox"/> wird benötigt

**Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.**

Wir weisen darauf hin, dass die angegebenen personenbezogenen Daten gespeichert und zu internen Zwecken im Interesse der Bewohner verwendet werden, eine Weitergabe ist damit nicht verbunden.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Antragstellers

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

**Folgende Unterlagen sind beizufügen:**

1. Krankenversicherungskarte
2. Ärztliches Gutachten
3. Kopie der Vollmacht, Patientenverfügung, Betreuerausweis
4. Bescheid der Pflegekasse über die Pflegegrade (vollstationär bzw. ambulant)
5. Kostenübernahmeerklärung bei Kurzzeit- und Verhinderungspflege
6. Einkommensnachweise (z.B. Rentenbescheide)
7. Impfausweis/Impfbescheinigung
8. Ggf. Kostenübernahme des Sozialhilfeträgers / Bewilligung Blindengeld
9. Kopie wichtiger Dokumente (z.B. Personalausweis, Zuzahlungsbefreiung der Krankenkasse, Schwerbehindertenausweis)