

1. Antrag auf Heimaufnahme

Datum

Interessent			
Name			
Geburtsname			
Vorname(n)			
Geburtsdatum			
Geburtsort			
Familienstand			
Geschlecht	Weiblich ☐	Männlich ☐	Divers ☐
Anschrift			
Derzeitiger Aufenthaltsort			
Staatsbürgerschaft		Konfession	
Erlerner Beruf			
Krankenkasse		Versicherungsnummer	
Zuzahlungsbefreit	Ja ☐ Nein ☐	Pflegegrad	1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐
Behindertenausweis	Ja ☐ Nein ☐	GdB	% Merkzeichen:
Kostform	Diätisch ☐ Normal ☐ PEG ☐ Püriert ☐		
Hausarzt			
Facharzt			
Angehörige / Betreuer			
Name, Vorname			
Anschrift			
Telefon			
Mobil			
E-Mail Adresse			
Verwandtschaftsgrad			
Rechnungsempfänger	Bewohner ☐	Andere (Name) ☐	
Wer soll im Bedarfsfall angerufen werden?			
Zu welcher Zeit darf angerufen werden?			
Meldung im Todesfall, von wann bis wann?			

Darf die Post des Bewohners durch das Personal geöffnet werden?			Ja ☐	Nein ☐
(Dabei handelt es sich in den meisten Fällen um Post von Kostenträgern oder Dienstleistern. Wir versuchen damit Mahngebühren durch zu langes Warten zu vermeiden. Falls Sie hier „nein“ angekreuzt haben, wird Ihnen die Post auf Ihre Kosten wöchentlich nachgesendet und Sie müssen sich um das Begleichen der Rechnungen selbstständig kümmern.)				
Transport zu Fachärzten durch?	Angehörige ☐ Krankentransport ☐ nach Absprache ☐			
Bestehen freiheitsentziehende Maßnahmen? (Anträge, Aufenthalt)			Ja ☐	Nein ☐
Wenn ja, welche?				
Gibt es eigene Hilfsmittel?	Brille ☐ Zahnprothesen ☐ Rollator ☐ Orthesen ☐ oben ☐ Hörgeräte ☐ unten ☐ Rollstuhl ☐ Prothesen ☐			
Wer kauft die Pflegemittel?	Besorgung durch PP ☐ Angehörige ☐			
Besuch Frisör?	Im Haus ☐ Organisation durch Angehörige ☐			
Besuch Fußpflege?	Im Haus ☐ Organisation durch Angehörige ☐			
Bestattungsunternehmen?				
Benötigt Bewohner IKM?	Ja ☐ Nein ☐			
Ist Bewohner Diabetiker?	Ja ☐ Nein ☐ Insulinpflichtig ☐			
Besonderheiten/Stimmungslage (Hinlaufftendenz / unruhig / aggressiv / aufgeschlossen / schreit / schlägt usw., psychische Erkrankungen)				
Monatliches Einkommen	Art:		Betrag in €	
	Art:		Betrag in €	
Aufbringung der Kosten durch	☐ oben aufgeführtes Einkommen ☐ Zuzahlung privat ☐ zuständiges Sozialamt			

Unterschrift