

Absender/
Anschrift des
Anmeldenden/
Beauftragten



Datum: _____

Anmeldung zur Aufnahme

im **Haus St. Georg,** zur Pflegeplatz als Dauerbewohner
Tannenweg 1 a Kurzzeitpflege
37115 Duderstadt-Nesselröden,
Tel.: 05527/ 843-0 Fax.-Nr.05527/843-105 Betreutes Wohnen St.Georg
(*)Zutreffendes bitte ankreuzen)

Gewünschter Einzugstermin:

Bemerkungen:

1. Persönliche Daten des Angemeldeten.

Name:
Vorname:
Geburtsname:
Geburtsdatum
Geburtsort:
Staatsangehörigkeit:.....
Familienstand:
Religion:
Anschrift:
Straße:
PLZ, Ort:
Tel.-Nr.: Fax-Nr.:.....
Letzter Wohnsitz:
derzeitiger Aufenthaltsort:.....

2. Betreuer (amtlich bestellt)

Name:.....
Anschrift.....
Straße.....
PLZ, Ort.....
Tel.-Nr.
Fax-Nr.

2.1. Wirkungskreis *)

- Vermögenssorge
 Aufenthaltsbestimmungsrecht
 medizinische Betreuung
 persönliche Angelegenheiten
 Entscheidung über den Fernmeldeverkehr

3. Angehörige

3.1 Name:.....
Anschrift:.....
Straße:.....
PLZ, Ort:.....
Tel.(privat):.....
Tel. (dienstl.):.....
Verwandtschaftsgrad/
Beziehung.....

3.2 Name:.....
Anschrift:.....
Straße:.....
PLZ, Ort:.....
Tel.(privat):.....
Tel. (dienstl.):.....
Verwandtschaftsgrad/
Beziehung.....

4. Kostenträger

4.1. Pflegeversicherung

- Bisher wurde kein Antrag gestellt.
Wird ein Antrag von Ihnen gestellt? ja nein
Bitte von den Angehörigen bei der zuständigen Pflegekasse vor Aufnahme stellen.
- Es wurde ein Antrag gestellt am

Wenn ein Antrag gestellt worden ist, bitte die nächsten Fragen beantworten:

Bei welcher Pflegekasse wurde der Antrag gestellt?

Ist der Antrag bereits bewilligt worden? ja nein

Wenn der Antrag noch nicht bewilligt worden ist:

Wurde bereits eine Untersuchung durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung durchgeführt? ja nein

Wenn ja: Wann ist diese Untersuchung durchgeführt worden?

Wenn der Antrag bereits bewilligt worden ist:

Fügen Sie bitte eine Kopie des Festsetzungsbescheides der Pflegekasse dieser Anmeldung zur Heimaufnahme bei.

Liegt bereits eine Einstufung vor? ja nein

Wenn ja: ambulante Pflegestufe
stationäre Pflegestufe

Welche Pflegestufe: I II III

4.2. Eigenfinanzierung

Rechnungsempfänger:

Name:..... 4.2.1. Kopie eines Kapitalnachweises
liegt bei ja nein

Straße:.....

PLZ, Ort:..... 4.2.2. Kopie des aktuellen Renten-
bescheides liegt bei:
ja nein

4.3. Öffentliche Kostenträger

Kostenübernahme durch das Sozialamt wurde beantragt: nein ja

am..... (Datum)

Zuständiges Sozialamt:.....

Ort:.....

Sachbearbeiter:.....

Tel.-Nr.:.....

Aktenzeichen:.....

Kostenübernahmeerklärung liegt vor: ja nein

4.4. Sonstige Beihilfestellen

5. Verfahren zur Bezahlung der ungedeckten Heimkosten

(soweit ein öffentlich-rechtlicher oder anderer Träger diese Kosten nicht übernimmt und die Heimkosten vom Angemeldeten ganz oder teilweise selbst zu zahlen sind)

Mit der Unterschrift zu dieser Anmeldung zur Heimaufnahme beauftrage ich den Heimträger, die ungedeckten **Heimkosten von meinem Bankkonto aus Rentenbezügen und Sparguthaben abzubuchen.**

Die unterschriebene Einzugsermächtigung liegt bei.

(Anmerkung: Falls Sie noch kein Bankkonto eingerichtet haben, sind wir Ihnen gern behilflich.)

6. Krankenversicherung

Krankenkasse:
Ort:
Sachbearbeiter:
Tel.-Nr. Fax-Nr.:
Versicherten-Nr. (von der Chip-Karte):
Rentenversicherungsnummer:

7. Behandelnde Ärzte

7.1. Hausarzt

7.2. Facharzt

Name:..... Name:.....
Straße:..... Straße:.....
PLZ, Ort:..... PLZ, Ort:.....
Tel.-Nr..... Fax-Nr..... Tel.-Nr..... Fax-Nr.....

Wird Weiterbetreuung durch den Hausarzt gewünscht? ja nein

Die Ärzte aus dem Einzugsgebiet Duderstadt, Gieboldehausen, Rittmarshausen und Klein-Lengden besuchen in der Regel unser Haus und betreuen ihre Patienten weiter.

8. Ehepartner

Name des Ehepartners:.....
Straße:.....
PLZ, Ort:.....
Tel.-Nr.:..... Fax-Nr.
Geburtsdatum:
Hochzeitsdatum:
Falls verstorben: Datum.....
Ort:.....

9. Sonstiges (Fristen)

Besitzen Sie einen
Behindertenausweis: nein ja gültig bis
Reisepass: nein ja gültig bis
Personalausweis: nein ja gültig bis

9.1. **Gebührenbefreiungen** liegen vor für
Krankentransport nein ja gültig bis
Rezeptgebühren nein ja gültig bis
Rundfunkgebühren nein ja gültig bis

9.2. Besteht eine Inkontinenz nein ja
Eine ärztliche Verordnung für Inkontinenzwäsche liegt vor nein ja

10. Sonstige Hinweise und Bemerkungen.....
.....

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Angemeldeten /
Interessenten

.....
Sofern nicht Personengleichheit
Unterschrift des Antragsteller

Anlagen:

- | | | | | |
|----|---------------------------------------|-----------------------------|-------------------------------|-------|
| 1. | Ärztlicher Fragebogen | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 2. | Inkontinenzbescheinigung | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 3. | Einstufungsmitteilung der Pflegekasse | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 4. | Bestätigung vom Sozialamt | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |
| 5. | Abbuchungsauftrag | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> | |

Sonstiges:.....

.....

.....

Anlage zum Anmeldeformular für Betreuer oder beauftragte Angehörige

Persönliche Daten des Bewohners

Name:
Vorname:
Geburtsname:
Geburtsdatum
Geburtsort:

Für den Fall, dass o.g. Bewohner in unserem Haus verstirbt, wird folgendes festgelegt:

1. Beerdigung

2. Welches Bestattungsinstitut beabsichtigen Sie zu beauftragen?
Name:.....
Straße:.....
PLZ, Ort:.....
Tel.-Nr..... Fax-Nr.
3. Wo ist die Bestattung vorgesehen?
4. Wurde bereits mit der Gemeinde Rücksprache genommen?
Ja nein
5. Welche Bestattungsart ist vorgesehen?
Erdbestattung ja nein
Feuerbestattung ja nein
(hierzu ist eine schriftliche Erklärung erforderlich).

2. Nachlassregelung

Der gesamte Nachlass soll an folgende Personen ausgehändigt werden:

Name:
Straße:
PLZ, Ort:
Tel.-Nr.:

Bemerkungen:.....

.....
Rechtsverbindliche Unterschrift

.....
Ort, Datum