

Anmeldung zum Heimeinzug

1. **Familienname** (bei Frauen auch Geburtsname):

2. **Vorname** (Rufname unterstreichen):

3. **Geburtstag**, Monat, Jahr:

4. **Geburtsort**:

5. bisherige Anschrift: (PLZ, Wohnort, Straße)

6. **Familienstand**: seit:

ledig verheiratet verwitwet geschieden Sonstiges:

7. Name des **Ehegatten** (bei Verwitweten, Name des verstorbenen Ehegatten):

8. **Staatsangehörigkeit**:

9. **Religion**:

10. Soll die **Reinigung der Wäsche** in der Wäscherei erfolgen? ja nein

11. Wird ein **Telefon** gewünscht? ja nein

12. Bei welcher **Krankenkasse** sind Sie versichert?

KV-Nr.

13. Sind Sie **beihilfeberechtigt**? ja nein

-
14. Liegt eine **Befreiung von der Zuzahlung** zu den Kosten der Arznei-, Verbands-, Heilmittel- und Fahrkosten vor? ja nein
(Befreiungsausweis unbedingt vorlegen) Befreiung bis _____
15. Name u. Anschrift des bisherigen **Hausarztes**:
-
16. Sind Sie bereits durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) begutachtet worden? ja nein
Wenn ja, welcher **Pflegegrad** liegt vor? _____
17. Besteht eine **amtsrichterliche Betreuung**? ja nein
(Beschluss bitte vorlegen) beantragt
Wenn ja, Name, Anschrift und Tel. Nr. der **betreuenden Person**:

-
18. Besteht eine **Vollmacht**?
Wenn ja, bitte folgende Angaben: ja nein
Art der Vollmacht:
(z.B. *Generalvollmacht, Vorsorgevollmacht etc.*) _____
Name des Bevollmächtigten
(*Kopie vorlegen*) _____
19. Besteht eine **Patientenverfügung**? ja nein
(*Wenn ja, Kopie vorlegen*)

20. Nächste Angehörige:

a) Name: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort _____

Tel.-Nr. _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

weitere Angehörige:

b) Name: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort _____

Tel.-Nr. _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

weitere Angehörige:

c) Name: _____

Straße: _____

PLZ, Wohnort _____

Tel.-Nr. _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad: _____

21. Sind die Heimkosten aus **Ihren Einkünften** gesichert? ja nein

22. Welche Einnahmen stehen Ihnen zur Verfügung?

a. **Angestelltenrente** (monatlich) Euro _____

b. **Invalidenrente** (monatlich) Euro _____

c. **Knappschaftsrente** (monatlich) Euro _____

d. **Witwenrente** (monatlich) Euro _____

e. **sonstige Einnahmen, Pensionen, Unterhaltszahlungen usw.** Euro _____

23. **Rechnungsstellung** an:

24. **Wer zahlt die Heimkosten**, wenn diese nicht durch Ihr Einkommen gesichert sind?

a. **Sozialhilfeträger** ja nein

b. **Sonstige** (Name und Anschrift):

25. Ist ein **Antrag auf vollstationäre Pflege** bei der zuständigen Pflegekasse gestellt worden? (wenn ja, bitte Kopie beifügen) ja nein

26. Wer soll im **Krankheits- oder Sterbefall** benachrichtigt werden?

siehe Punkt 21 a siehe Punkt 21 b siehe Punkt 21 c

27. Wer soll nach Ihrem Ableben die **Zimmerräumung** vornehmen und Ihren **Nachlass** (Geld, Sparbücher u. Wertsachen, soweit vom Heim aufbewahrt) entgegennehmen?

siehe Punkt 21 a siehe Punkt 21 b siehe Punkt 21 c

28. Sind schon vertragliche Regelungen über eine **Bestattung** festgelegt worden? ja nein

Folgende Regelungen:

Wo soll die Beisetzung erfolgen: _____Soll eine **Feuerbestattung** erfolgen: ja nein**Sonstige** Bestattungsform: _____

29. **An Unterlagen bitte mitbringen:**

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Krankenversicherungskarte | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Kopie Betreuerausweis/Beschluss/Vollmacht | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Patientenverfügung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Zuzahlungsbefreiung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Kopie Personalausweis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Hinweis zur Rundfunk- und Fernsehgebührenpflicht

Für Rundfunk- und Fernsehgeräte im Bewohnerzimmer besteht **keine Gebührenpflicht** bei der GEZ. Der Betrieb ist somit **kostenfrei** möglich.

Für die **Abmeldung** stellen wir Ihnen gerne einen **Vordruck** zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich an die Verwaltung.

Heimeinzug soll erfolgen zum: _____

Ort, Datum:

Unterschrift des Pflegebedürftigen:

Unterschrift des Betreuers:
