

## Anmeldeformular Dauerpflege

Name / Geburtsname			
Vorname (Rufname unterstreichen)			
Wohnort (mit Hauptwohnsitz gemeldet)	PLZ Wohnort		
	Adresse		
	Tel.		
Falls aktueller Aufenthalt im Krankenhaus	Name und Anschrift		
	Aufnahmegrund		
Geburtsdatum		Geburtsort	
Staatsangehörigkeit		Konfession	
Familienstand		Frühere Verbeamtung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Angehörige (wie verwandt)	Vor- und Zuname		
	Adresse		
	Tel. / mobil		
Angehörige (wie verwandt)	Vor- und Zuname		
	Adresse		
	Tel. / mobil		
Rechnungsempfänger			
Betreuung/Vollmacht (bitte Kopie einreichen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Patientenverfügung (bitte Kopie einreichen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Bestattungsvorsorge	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Zuzahlungsbefreit (bitte Kopie einreichen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Name des Hausarztes			

Krankenkasse und KV-Nummer			
Besteht eine Schwerbehinderung? (bitte Kopie einreichen)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Besteht eine Demenz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Besteht eine Weglauf-/Hinlauff Tendenz?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	Aufnahme auf beschütztem Wohnbereich?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Ist eine Covid-Impfung bereits erfolgt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
Besteht eine Suchterkrankung? (Rauchen, Alkohol, etc.)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche:		
Kostenträger: Der Eigenanteil der Dauerpflegekosten wird aufgebracht durch ...	<input type="checkbox"/> das monatliche Einkommen oder Vermögen <input type="checkbox"/> Zahlungen des Sozialamts		
Eine Einstufung durch den MDK hat ...	<input type="checkbox"/> stattgefunden <input type="checkbox"/> nicht stattgefunden		
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> PG 1 <input type="checkbox"/> PG 2 <input type="checkbox"/> PG 3 <input type="checkbox"/> PG 4 <input type="checkbox"/> PG 5		
Ummeldung	<input type="checkbox"/> Hauptwohnsitz <input type="checkbox"/> Nebenwohnsitz		
E-Mail-Verteiler: Damit Informationen schneller und einfacher an mich herangetragen werden können, bitte ich um die Aufnahme in den Verteiler unter folgender E-Mail-Adresse:			

#### Wichtige Hinweise

- ✓ Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen ist **vor der Heimaufnahme** einzureichen!
- ✓ Die Krankenkassenkarte ist zusammen mit dem Impfpass auf dem Wohnbereich zu hinterlegen.
- ✓ Die Wäsche wird vom Haus Jacobus kostenpflichtig gekennzeichnet und kostenfrei gewaschen.
- ✓ Die Inkontinenzversorgung wird in der Dauerpflege ausschließlich vom Haus übernommen.
- ✓ Drei Essschürzen werden vom Haus Jacobus kostenpflichtig bestellt und dem Taschengeldkonto belastet.
- ✓ Alle Heilmittelerbringer können vom Bewohner frei gewählt werden.
- ✓ Die Aufnahme erfolgt ausschließlich im Doppelzimmer.

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

Unterschrift \_\_\_\_\_