

Anmeldeformular Dauerpflege

| | | | |
|---|---|--|---|
| Name / Geburtsname | | | |
| Vorname (Rufname unterstreichen) | | | |
| Wohnort (mit Hauptwohnsitz gemeldet) | PLZ Wohnort | | |
| | Adresse | | |
| Falls aktueller Aufenthalt im Krankenhaus | Name und Anschrift | | |
| | Aufnahmegrund | | |
| Geburtsdatum | | Geburtsort | |
| Staatsangehörigkeit | | Konfession | |
| Familienstand | | Bewohnernummer (wird vom Heim ausgefüllt) | |
| Angehörige (wie verwandt) | Vor- und Zuname | | |
| | Adresse | | |
| | Tel. / mobil | | |
| Angehörige (wie verwandt) | Vor- und Zuname | | |
| | Adresse | | |
| | Tel. / mobil | | |
| Name des Hausarztes | | | |
| 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 |
| Krankenkasse KV-Nummer | | | |
| Pflegeversicherung | <input type="checkbox"/> gesetzlich | <input type="checkbox"/> privat | <input type="checkbox"/> Beihilfe |

| | | | |
|---|--|---------------------------------------|---|
| Rechnungsempfänger | | | |
| Besteht eine Suchterkrankung? (Rauchen, Alkohol, etc.) | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn ja welche: | Besteht eine Demenz? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Besteht eine Weglauf-/Hinlauftendenz? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | Aufnahme auf beschütztem Wohnbereich? | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja |
| Kostenträger: Der Eigenanteil der Dauerpflegekosten wird aufgebracht durch ... Bei Zahlung durch das Sozialamt benötigen wir den aktuellen Rentenbescheid. | <input type="checkbox"/> das monatliche Einkommen oder Vermögen <input type="checkbox"/> Zahlungen des Sozialamts <input type="checkbox"/> Laufende Insolvenzen <input type="checkbox"/> Pfändungen <input type="checkbox"/> Zahlungsverpflichtungen gegenüber Dritten | | |
| 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 im Original bei Heimaufnahme abzugeben.
- ✓ Die Wäsche wird vom Haus Jacobus kostenpflichtig gekennzeichnet und kostenfrei gewaschen.
- ✓ Die Inkontinenzversorgung wird in der Dauerpflege ausschließlich vom Haus übernommen. Die ambulante Versorgung mit Inkontinenzmaterial ist zu beenden
- ✓ 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.
- ✓ Laut Personenstandsgesetz sind wir verpflichtet folgende Unterlagen vorzuhalten: Geburtsurkunde, Heiratsurkunde, Sterbeurkunde des Ehepartners. Bitte Kopie einreichen.
- ✓ Es wird dringend empfohlen eine Bestattungsvorsorge abzuschließen.
- ✓ Bitte schließen Sie eine private Haftpflichtversicherung mit einer Deliktunfähigkeitsklausel ab.

Ort, Datum _____

Unterschrift _____