

Heimaufnahmeantrag

Gewünscht wird eine Heimaufnahme zum nächstmöglichen Termin ab wann? _____
Aufzunehmender ist Raucher Nichtraucher
Aufzunehmender wünscht Zweibettzimmer Einzelzimmer
Pflegegrad 2 3 4 5 keiner, beantragt am /von _____
Hausarzt _____
Name, Anschrift _____

1. Angaben zur Person des Aufzunehmenden

- 1.1. Familienname _____ geborene _____
Vorname _____ Telefon _____
- 1.2. Hauptwohnsitz _____
Straße _____
Postleitzahl, Wohnort _____
- 1.3. Derzeitiger Aufenthalt
a) Name, Anschrift, Telefon, wenn bei Privatpersonen untergebracht
_____ seit: _____
b) Name, Anschrift, Telefon bei Unterbringung in einem Heim / Krankenhaus
_____ seit: _____
- 1.4. Geburtstag: _____ Geburtsort: _____ Kreis: _____
- 1.5. Familienstand: ledig verheiratet verwitwet getrennt lebend
Datum und Ort der letzten Eheschließung: _____
- 1.6. Staatsangehörigkeit: _____ Konfession: _____
- 1.7. Zuletzt ausgeübter Beruf: _____
- 1.8. Beziehungsperson: _____
Name _____
Anschrift, Telefon _____
- 1.8.1. als gesetzlicher Betreuer (Kopie vom Betreuerausweis)
Geschäftszeichen: _____ Amtsgericht in _____
- 1.8.2. als Vorsorgebevollmächtigter (Kopie der Vollmacht)
- 1.8.3. Wurde eine gesetzliche Betreuung angeregt? ^{Seite} ja nein
Wann? _____ Wo? _____ Wer? _____

2. Angaben zur Person des Ehegatten

- 2.1. Familienname _____ geborene _____
Vorname _____ Telefon _____
- 2.2. Wohnsitz: _____
(Nur ausfüllen, wenn abweichend vom Wohnsitz des Aufzunehmenden)
- 2.3. Geburtstag: _____
- 2.4. Zuletzt ausgeübter Beruf: _____

3. Weitere Angaben des Aufzunehmenden

3.1. Wie wird der Gesundheitszustand beurteilt?

(z.B. rüstig / teilweise gebrechlich / kooperativ / aggressiv / Wie ist die psychische Beschaffenheit?
z.B. altersdepressiv / labil / Bereitschaft zur Kommunikation / Altersverwirrtheit / Demenz)

3.2. Aus welchen Gründen wird die Heimaufnahme zum jetzigen Zeitpunkt gewünscht?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Fehlen einer Pflegeperson | <input type="checkbox"/> Eigen- und Fremdgefährdungstendenzen des Pflegebedürftigen |
| <input type="checkbox"/> fehlende Pflegebereitschaft möglicher Pflegepersonen | <input type="checkbox"/> räumliche Gegebenheiten im Haus ermöglichen keine häusliche Pflege |
| <input type="checkbox"/> drohende oder bereits eingetretene Verwahrlosung des Pflegebedürftigen | <input type="checkbox"/> drohende oder bereits eingetretene Überforderung der Pflegepersonen |

3.3. Welche besonderen Wünsche bzw. Bedürfnisse ergeben sich aus dem gewohnten Tagesablauf ?

- Früh _____ - Mittags: _____
- Mittagsschlaf: ja nein - Abends: _____
- ständig benötigte Hilfsmittel: privat von der Krankenkasse

- Abneigungen: _____

- bestimmte Hobbys / Interessen: _____

- Mitbringen persönlicher Dinge (z.B. Kleinmöbel, Fernseher, Radio, Bilder,...) ist erwünscht
Welche? _____

- Wünsche im Todesfall: Erdbestattung Urnenbestattung

Bestattungsinstitut, Anschrift, Telefon _____

3.4. Zuständige Krankenkasse _____

Anschrift _____ Versicherten-Nr.: _____

3.5. Personalausweis-Nr.: _____

3.6. Schwerbehindertenausweis ja nein

3.7. Arzneimittelbefreiung ja nein

3.8. Rundfunkgebührenbefreiung ja nein

3.9. Diätkost erforderlich ja nein

Welche, warum? _____

4. Angaben über Angehörige / Berechtigte / Sonstige Vertrauenspersonen

4.1. Angehörige:

Name, Vorname _____ PLZ, Wohnort _____ Straße, Hausnummer, Telefon _____ wie verwandt? _____

Name, Vorname _____ PLZ, Wohnort _____ Straße, Hausnummer, Telefon _____ wie verwandt? _____

Name, Vorname _____ PLZ, Wohnort _____ Straße, Hausnummer, Telefon _____ wie verwandt? _____

Name, Vorname _____ PLZ, Wohnort _____ Straße, Hausnummer, Telefon _____ wie verwandt? _____

4.2. Mit wem sind Schriftwechsel / Rücksprachen zu führen?

Name, Vorname _____ PLZ, Wohnort _____ Straße, Hausnummer, Telefon _____

5. Einkünfte des Aufzunehmenden (nach heutigem Stand)

(Altersrente/Witwenrente/Betriebsrente/Versorgungsbezüge – z.B. Blindengeld, Kriegsofopfer)

Nachweis beigelegt

- 5.1. Zahlstelle _____ EUR/Monat _____ ja nein
Rentennummer _____
- 5.2. Zahlstelle _____ EUR/Monat _____ ja nein
Rentennummer _____
- 5.3. Zahlstelle / Pension _____ EUR/Monat _____ ja nein
- 5.4. Sonstige Einkünfte
Zahlstelle / Pension _____ EUR/Monat _____ ja nein

6. Angaben über den / die Kostenträger

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

zuständige Pflegekasse: _____

Der Antrag auf vollstationäre Pflege muß vor Heimaufnahme bei der zuständigen Pflegekasse gestellt werden!

sowie

- 6.1. Zuzahlung aus eigenem Einkommen (Rente) / Sparvermögen
- 6.2. Zuzahlung durch das zuständige Sozialamt in _____
 Kostenzusage ist erteilt und liegt dem Antrag bei Sacharbeiter _____

Der Antrag auf Sozialhilfe muß vor Heimaufnahme beim zuständigen Sozialamt gestellt werden!

Die Angaben dieses Aufnahmeantrages sind verbindlich und gelten bis auf Widerruf.

Der Antrag ist zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten „Ärztlichen Fragebogen“ sowie den entsprechenden Einkommensnachweisen einzureichen.

Für den Fall der Heimaufnahme ist der Aufnahmeantrag Bestandteil des Heimvertrages.

Der Aufnahmeantrag ist von dem Aufzunehmenden zu unterschreiben.

Soweit der Aufzunehmende aufgrund körperlicher oder geistiger Erkrankung diesen Aufnahmeantrag bzw. Heimvertrag nicht unterschreiben kann, ist dieser von dem Berechtigten zu 1.8.1. zu unterschreiben, wobei vom gesetzlichen Betreuer die Bestallungsurkunde vorzulegen ist.

Der Bevollmächtigte zu 1.8.2. hat eine entsprechende Vollmacht vorzulegen, welche ihn berechtigt, im Namen des Aufzunehmenden Aufnahmeantrag und Formalitäten für die Heimaufnahme zu stellen.

Ort _____

Datum _____

Unterschrift des Aufzunehmenden

Unterschrift des Betreuers

Unterschrift des Bevollmächtigten

Zutreffendes ist anzukreuzen bzw. zu ergänzen, ggf. Bescheinigungen beifügen.

Bitte überzeugen Sie sich vor Einreichung, ob alle Fragen vollständig und richtig beantwortet wurden.