

Anfrage zur Heimaufnahme

Eingang:

Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege (anschließende vollstationäre Pflege angedacht) vollstationäre Pflege

Anfragedaten:

Nachname		Geburtsname		Vorname	
Staatsangehörigkeit		Geburtsort		Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer		Postleitzahl, Wohnort		Telefon	
Lebenssituation: <input type="checkbox"/> zusammenlebend mit: <input type="checkbox"/> alleinlebend		Familienstand	Konfession	letzter Beruf	
derzeitiger Aufenthalt (z. B. Krankenhaus, Wohnung)			bisherige Versorgungssituation (Ambulanter Dienst usw.)		
Krankenkasse/Pflegekasse		Pflegegrad	Bescheid vom (Bitte Kopie beifügen)		
Liegt eine Zuzahlungsbefreiung vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie beifügen)		Liegt eine Patientenverfügung vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Bitte Kopie beifügen)			
Liegt eine Vollmacht/Betreuung vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Vollmacht <input type="checkbox"/> ja, Betreuung (Bitte Kopie beifügen)		Name und Adresse des Bevollmächtigten/Betreuers			

Kontaktpersonen:

Name, Vorname <i>(Wichtigste Bezugsperson)</i>	Verhältnis	Anschrift	Telefon, Mobiltelefon, Fax, E-Mail (auch tagsüber)

Hausärztin/Hausarzt: *(Bitte zugehöriges Ärztliches Zeugnis der Anfrage zur Heimaufnahme beifügen)*

Name	Anschrift	Telefon, Fax, E-Mail

Übernimmt Hausarzt weitere Betreuung im Heim?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	neuer Hausarzt

Fachärztin/Facharzt:

Fachrichtung, Name	Anschrift	Telefon, Fax, E-Mail

Kostenträger neben Eigenanteil:

<input type="checkbox"/> Krankenkasse/Pflegekasse Versicherungsnummer	Anschrift, Telefon	Beihilfeberechtigung? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
		zuständige Stelle
<input type="checkbox"/> Sozialamt Hilfeempfänger-Nr.	Anschrift, Telefon	Sachbearbeiter/-in
Die Heimkosten können somit unter Berücksichtigung der Leistungen der Pflegekasse vollständig <input type="checkbox"/> selbst aufgebracht werden.		
<input type="checkbox"/> nicht selbst aufgebracht werden. Daher weitere Zuzahlung erforderlich durch:	<input type="checkbox"/> Sozialamt Antrag gestellt am	
	<input type="checkbox"/> Sonstige	

Laufende monatliche Einkünfte/bestehende Vermögenswerte:

Art der laufenden monatlichen Einkünfte	Betrag
Art der bestehenden Vermögenswerte	Betrag

Rechnungsempfänger:

Name, Vorname	Verhältnis	Anschrift, Telefon, Mobiltelefon, Fax, E-Mail (auch tagsüber)
---------------	------------	---

Zimmer:

Ich nehme nur ein Einzelzimmer. auch (vorübergehend) einen Platz im Doppelzimmer.

Meine Anmeldung soll auch an andere Einrichtungen von leben&wohnen weitergegeben werden, damit eine schnelle Heimaufnahme ermöglicht wird.
 nein ja, an die Einrichtung(en):

Bestätigung der unverbindlichen Anfrage zur Heimaufnahme:

Datum, Unterschrift des Antragstellers oder des Bevollmächtigten/Betreuers

Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung

Hiermit willige ich in die Nutzung und Verarbeitung meiner **freiwillig erteilten Angaben** für den Zweck einer Heimaufnahme bzw. eines Heimaufenthalts ein. Diese Einwilligung wird im Hinblick auf eine weiterführende Bearbeitung der Heimplatzanfrage benötigt. Eine vollständige Datenerhebung ermöglicht hierbei eine sachgerechte und zielführende Bearbeitung der Anfrage. Die erteilte Einwilligung kann mit Wirkung für die Zukunft widerrufen werden.

Datum, Unterschrift des Antragstellers oder des Bevollmächtigten/Betreuers