

Aufzunehmende Person

Herr Frau

Name : _____ Vorname : _____

Geburts- name : _____ Geb.-Dat. : _____

Straße : _____ PLZ Wohnort: _____

Telefon : _____ Geb.-Ort : _____

Familien- stand. : _____ Konfession : _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____
(z.B. andere Pflegeeinrichtung, Krankenhaus, Reha, usw.)

	1	2	3
Ansprechpartner			
Name			
Vorname			
PLZ Wohnort			
Straße /Nr			
Telefon			
Mobiltelefon			
E-Mail			
Verwand- schäftsgrad			
Betreuer(in)/ Bevollmächtigte(r)	o ja o nein	o ja o nein	o ja o nein

(Bitte Kopie der Betreuungsurkunde/Vollmacht beifügen)

Rechnungsempfänger für Heimkostenabrechnung

Aufzunehmende Person Ansprechpartner 1 2 3
 Bewohnerzimmer Aufzunehmende Person Rechnung per E-Mail

Externe Partner

- Wäsche soll von Wäscherei gekennzeichnet werden (siehe Preisliste)
 Wäsche wird von Angehörigen selbst gewaschen/ aber gekennzeichnet
 Friseur
 Fußpflege - medizinisch oder - podologisch
 Sanitätshaus _____

Mobilität

- Mobil Rollstuhl Rollator

Ernährung

- PEG Nasensonde _____

versorgt durch: _____

Hausarzt

Name: _____ Tel.: _____

Anschrift: _____

Weiterbehandlung in der Einrichtung: ja nein

Befreiung von Rezeptgebühr? nein ja (bitte Kopie beifügen)

Krankenkasse/Pflegekasse

Name : _____ Vers.-Nr.: _____

Anschrift: _____

Telefon : _____ Fax: _____

Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung gestellt? nein ja, am: _____

Begutachtung durch Pflegekasse erfolgt? nein ja, am: _____

Einstufung der Pflegekasse in Grad: 1 2 3 4 5 (bitte Bescheid in Kopie beifügen)

Überleitungspflege gestellt nein ja, am: _____

Eine Kostenübernahme durch die Pflegekasse kann nur erfolgen, wenn die Überleitungspflege genehmigt wird.

Bei einer Ablehnung sind die Heimunterbringungskosten komplett als Selbstzahler zu tragen.

Gewünschte Unterbringung

- Vollstationäre Langzeitpflege im Einzelzimmer
ab/von - bis _____
- Kurzzeitpflege (maximal 28 Tage im Jahr) im Einzelzimmer
(Setzt eine schriftliche Kostenzusage der Pflegekasse voraus)
ab/von - bis _____
- Verhinderungspflege (maximal 28 Tage im Jahr) im Einzelzimmer
(Setzt eine schriftliche Kostenzusage der Pflegekasse voraus)
ab/von - bis _____

Zusatzleistung

- Anschluss für Kabelfernsehen Telefon Internet
(Kosten siehe Preisliste)

Kostenregelung bei Heimaufnahme

Bitte geben Sie das aktuelle monatliche Einkommen und das vorhandene Vermögen der aufzunehmenden Person an:

Art des Einkommens:	Zahlende Stelle:	Betrag €:
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

- Erhält die aufzunehmende Person eine Beihilfe? nein ja
- Erhält die aufzunehmende Person Wohngeld? nein ja
- Erhält die aufzunehmende Person Blindengeld? nein ja

Der monatliche Eigenanteil der Heimkosten wird als Selbstzahler vollständig durch das eigene Einkommen/Vermögen gedeckt.

Der monatliche Eigenanteil wird komplett oder teilweise durch sonstigen Kostenträger gedeckt:

Bearbeitet am: 30.12.2016	Freigabe am: 30.12.2016	Revision 1, Stand 1612
Bearbeitet durch: B: Glückert	Freigabe durch: F. Geißler	Seite 3 von 5

(z.B. Berufsgenossenschaft, Wohngeldstelle, Angehörige, Unterhaltspflichtige, zusätzliche Privatpflegeversicherung)

Der monatliche Eigenanteil der Heimkosten kann durch das eigene Einkommen/Vermögen nicht getragen werden. (Wenn ja bitte Kopie der aktuellen Rentenbescheide, Kontoauszüge, Sparbücher, Kostenübernahmeanträge, Kostenübernahmeerklärungen bzw. Mitteilungen beifügen.)

Eine Kostenübernahme wurde am _____ beim zuständigen Sozialamt beantragt:

(Bitte genaue Anschrift des Sozialamtes angeben)

Kopie des Sozialhilfeantrages ist beigelegt

Kostenübernahme liegt bereits vor

Hinweis: Eine Heimaufnahme kann erst nach vollständiger Antragstellung beim Sozialamt erfolgen. Eine langfristige Unterbringung ist nur nach Vorliegen der Kostenübernahmeerklärung des Sozialamtes gewährleistet.

Informationen/Hinweis

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Soz. Dienst/Krankenhaus

Bekannte/Verwandte

Betreuungsstelle/Betreuer(in)

Zeitung/Werbung

Hausarzt

Sonstige _____

Für eine Pflegeplatzanmeldung im Pflegezentrum „Am Wasserturm“ werden folgende Unterlagen als Kopie benötigt:

Personalausweis

Versichertenkarte

ggf. Betreuungsurkunde/Vollmacht

Rentenbescheid

Vermögensnachweis

Bescheid der Pflegekasse über den zugeordneten Pflegegrad und ggf. MDK Gutachten

Verlegung aus einem Krankenhaus

Falls die Verlegung aus einem Krankenhaus erfolgt, lassen Sie sich bitte die Medikamente für die nächsten 2 Tage mitgeben, da sich an der Medikation etwas verändert haben könnte.

So bleibt uns Zeit, die Medikamente beim Arzt und der Apotheke anzufordern. Besonders wichtig ist dies, wenn die Verlegung an einem Mittwoch, Freitag oder am Wochenende erfolgt.

Diese Anmeldung ist unverbindlich, eine Heimaufnahme kann nur nach vollständiger Klärung der Kostenübernahme, der Vorlage der erforderlichen Formulare, sowie des ärztlichen Fragebogens und dem unterzeichneten Heimvertrag erfolgen!

Ohne Kostenübernahmeerklärung der Pflegekasse bzw. des Sozialhilfeträgers sind die gesamten Heimkosten als Selbstzahler zu tragen.

Alle Fragen bitte vollständig und wahrheitsgemäß beantworten. Diese Angaben werden ausschließlich für die Heimaufnahme und die spätere Pflege benötigt und werden streng vertraulich behandelt

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller

Unterschrift des Aufzunehmenden, wenn nicht
personengleich mit Antragsteller

Bitt per Post oder Fax zurück an:

Pflegezentrum "Am Wasserturm"
Danzigstraße 5
97424 Schweinfurt

Fax: 0 97 21/9779-315