

# Antrag zur Heimaufnahme

DP       KZP       VHP       Heimvertrag Geronto

Zimmer-Nummer:	
Gesprächsteilnehmer:	
Anmeldedatum:	
Aufnahmedatum des Bewohners:	
Name des Bewohners:	
Geburtsname:	
Geburtsort:	geboren am:
Staatsangehörigkeit:	
Religion:	
Familienstand:	
Straße:	
PLZ Wohnort:	
Telefon:	
Handy:	
E-Mail-Adresse:	
Krankenkasse:	
Geschäftsstelle:	
Versicherungsnummer:	

		Ja	Nein
<b>Pflegegrad:</b> 1 2 3 4 5	Seit wann:		
ohne Pflegegrad: <input type="checkbox"/>	Schnelleinstufung beantragt:		

		Ja	Nein
Schnelleinstufung beantragt: <input type="checkbox"/>	§ 39 durch KH beantragt:		
Grund der Aufnahme:	aus Krankenhaus <input type="checkbox"/> von zu Hause <input type="checkbox"/>		

		Ja	Nein
Antrag auf stationäre Pflege bei Krankenkasse gestellt: <input type="checkbox"/>	offene KZP Tage des Jahres: wieviel Tage sind offen:		
Wer hat beantragt:	<b>Angehörige</b> <input type="checkbox"/> <b>Bewohner</b> <input type="checkbox"/> <b>KH</b> <input type="checkbox"/>		
Weitere Angehörige: Betreuer:			
Straße:			
PLZ Wohnort:			
Telefon:			
Handy:			
E-Mail-Adresse:			

		Ja	Nein
<b>Vorsorgevollmacht:</b>			
<b>Betreuungsvollmacht:</b>			
<b>abgedeckte Bereiche der Generalvollmacht:</b>	Gesundheitsfürsorge:		
	Vermögensangelegenheiten:		
	Aufenthaltsbestimmung:		
	Post/Briefangelegenheiten:		
	Vertretung gegenüber Behörden:		
<b>Patientenverfügung:</b>			
<b>Zuzahlungsbefreiung:</b>			
<b>Schwerbehindertenausweis:</b>			
<b>Name vom Ehepartner oder Angehörigen:</b>			
<b>Straße:</b>			
<b>PLZ Wohnort:</b>			
<b>Telefon:</b>			
<b>Handy:</b>			
<b>E-Mail-Adresse:</b>			
<b>Wer erhält die Post:</b>	<b>Bewohner</b> <input type="checkbox"/>	<b>Angehörige</b> <input type="checkbox"/>	<b>Betreuer</b> <input type="checkbox"/>
<b>Hausarzt:</b>			
<b>Telefon:</b>			
<b>E-Mail-Adresse:</b>			
<b>Adresse:</b>			

		Ja	Nein
<b>Heimkosten werden aufgebracht durch Kostenträger:</b>	Eigenes Einkommen:		
	Rente:		
	Barvermögen:		
	Andere Kostenträger:		
	Zuzahlung der Pflegekasse:		
	Aktueller Rentenbescheid:		
<b>Sozialhilfe Bezirk Kostenverpflichtungserklärung liegt bei:</b>	folgt in den nächsten Tagen muss beantragt werden/ist beantragt:		
<b>Wer stellt Antrag für Bewohner beim Bezirk:</b>	Bewohner selbst:		
	Angehörige:		
	Betreuer:		

		Ja	Nein
<b>ärztlicher Bericht vorhanden:</b>			
<b>ärztlicher Fragebogen vorhanden:</b>	<b>Krankenhaus:</b>		
	<b>Hausarzt:</b>		
<b>Medizinische Informationen:</b>	<b>Clostridien:</b>		
	<b>MRSA/ MRGN</b>		
	<b>Tuberkulose:</b>		
	<b>Demenz - Diagnose</b>		
	<b>Diabetes mellitus:</b>		
	<b>Insulingabe:</b>		
	<b>Herzschrittmacher/Kontrolle wann:</b>		

	<b>Weglaufftendenz:</b>		
	<b>Allergien/Unverträglichkeiten:</b>		
<b>Weiterbehandlung im Heim durch Apotheke bei DP</b>			
<b>Medikamente werden bei KZP durch Angehörige organisiert:</b>			
<b>Inkontinenzversorgung bei KZP:</b>	Selbst: <input type="checkbox"/> LZO: <input type="checkbox"/>		
<b>Versorgung durch LZO 2,- € täglich:</b>			
<b>Eindruck des freiwilligen Einzugs:</b>			
<b>Unterbringung:</b>	Doppelzimmer:		
	Einzelzimmer:		
<b>Umzug Mitbringen eigener Möbel:</b>	Wer:		
<b>Anmeldung in der Wäscherei bei Dauerpflege:</b>			
<b>Eigener TV (Grundgebühr 9,00 €)</b>			
<b>LZO Telefon (Grundgebühr 15,00 €)</b>			
<b>Eigenes Telefon (Grundgebühr 10,00 € monatlich)</b>			
<b>Haftpflichtversicherung:</b>	Versicherungsname:		
<b>DGUV Prüfung intern:</b>			
<b>Podologin bei Diabetes mellitus:</b>			
<b>Fußpflege intern bei DP:</b>			
<b>Frisör bei DP:</b>			

<b>Vorhandene Hilfsmittel:</b>	Rollstuhl:	<input type="checkbox"/>		
	Rollator:	<input type="checkbox"/>		
	Zahnprothese: oben und unten	<input type="checkbox"/>		
	Lesebrille:	<input type="checkbox"/>		
	Hörgeräte:	<input type="checkbox"/>		
	O2 Gerät:	<input type="checkbox"/>		
	Kompressionstrümpfe:	<input type="checkbox"/>		
	Absauggerät:	<input type="checkbox"/>		
	SK Ständer/ Pumpe:	<input type="checkbox"/>		

Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf des Antragstellers verbindlich, alle Angaben entsprechen den Tatsachen. Es werden alle Unterlagen, die eine Sicherstellung der Kosten garantieren durch den Unterzeichner umgehend der Einrichtung vorgelegt.

Ottobeuren, den \_\_\_\_\_

Unterschrift der Einrichtungsleitung: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_