

Anmeldung zur Heimaufnahme

Revision	Erstellt	Geprüft	Freigegeben	Seite/n
01 / 2017-02-17	Jörg Böcherer (BLE)	Jörg Böcherer (BLE)	Alexandra Friedrich (BLQ)	1 von 2

Anfrage für:

- Eingliederungshilfe (SGB XII)
 Hilfen zur Pflege (SGB XI)
 Dauerpflege
 Probewohnen (nach Verfügbarkeit, 3 Tage)
 Kurzzeitpfl. / Verhinderungspflege von: _____ bis: _____

Interessent	
Familienname	➤
Vorname	➤
Derzeitiger Wohnort, Straße, Nr.	➤
PLZ, Ort,	➤
Telefon	➤
Geburtsdatum/-ort	➤ am _____ ➤ In _____
Geburtsname	➤
Familienstand	<input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> getrennt lebend
Staatsangehörigkeit:	➤
Konfession:	➤
Beruf	➤
Anfragende Person / Angehörige (falls abweichend vom Interessent)	
Name, Vorname	➤
Straße, PLZ, Ort	➤
Telefon, Handy	➤
Email	➤
Verwandtschaftsgrad/Sonstiges	➤
Rechtliche Betreuung (falls abweichend von anfragender Person) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Name, Vorname	➤
Straße, PLZ, Ort	➤
Telefon, Handy	➤
Email	➤
Falls nicht vorhanden beantragt am	➤
Betreuungsbereiche	<input type="checkbox"/> Gesundheit <input type="checkbox"/> Vermögen <input type="checkbox"/> Post <input type="checkbox"/> Aufenthalt <input type="checkbox"/> Behörden <input type="checkbox"/> Gesundheit
Kopie des Betreuerausweises mitschicken!	Weitere: ➤

Anmeldung zur Heimaufnahme

Revision	Erstellt	Geprüft	Freigegeben	Seite/n
01 / 2017-02-17	Jörg Böcherer (BLE)	Jörg Böcherer (BLE)	Alexandra Friedrich (BLQ)	2 von 2

Patientenverfügung vorhanden	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Vorsorge-/Generalvollmacht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hilfen zur Pflege - Pflegegrad	Eingliederungshilfe – Hilfebedarfsgruppe
Vorhanden: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt am	Vorhanden: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
<input type="checkbox"/> Leistungen nach § 43 b (eingeschr. Alltagskomp.)	<input type="checkbox"/> beantragt am:
Derzeitiger Aufenthalt	➤
Krankenkasse-Pflegekasse	➤
Mitgliedsnummer	➤
Zusage Kostenträger	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> Antrag läuft seit
Finanzierung Heimkosten	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Sozialhilfe <input type="checkbox"/> Rente ca. _____ €/Monat
Zuständiges Sozialamt	
Ärztliche Betreuung, Adresse, Telefon	➤
Bisheriger Hausarzt	
Fachärztliche Betreuung, Neurologe/Psychiater	➤
Von Zuzahlungen befreit	Für das aktuelle Kalenderjahr <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schwerbehindertenausweis?	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> Ja % ,Merkzeichen:
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Brille <input type="checkbox"/> Zahnprothese o / u <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Hörgerät re / li <input type="checkbox"/> Rollator/Gehhilfe <input type="checkbox"/> Herzschrittmacher <input type="checkbox"/> Sonstiges _____
Wie sind Sie auf die Einrichtung aufmerksam geworden?	➤

Haben Sie Fragen beim Ausfüllen? Wir sind Ihnen gerne behilflich! Nur vom Heim auszufüllen:

➤ Eingang am	Datum: _____
➤ Feste Zusage erteilt?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am _____ durch: _____
➤ Bew. zieht ein am/ in:	Datum: _____ OG: _____ ZiNR: _____
➤ Kopie Anmeldung an WB	<input type="checkbox"/> ja
Datum:	Unterschrift Mitarbeiter: