

**Bitte alle Fragen möglichst vollständig beantworten. Vielen Dank!**

<b>1. Familienname:</b>		<b>Geburtsname:</b>	
<b>2. Vorname(n)</b> (Rufnamen bitte unterstreichen)			
<b>3. Wohnung</b> (mit Hauptwohnsitz polizeilich gemeldet)			
<b>4. Geburtsdatum:</b>		<b>Geburtsort</b> (mit Kreis und ggf. Land/Staat):	
<b>5. Familienstand:</b> <input type="radio"/> ledig <input type="radio"/> verheiratet <input type="radio"/> verwitwet <input type="radio"/> geschieden	<b>6. Konfession:</b>	<b>8. Staatsangehörigkeit:</b>	
<b>7. Kirchengemeinde:</b>			
<b>9. Betreuer/Vollmachtnehmer</b> <input type="radio"/> Gesundheit <input type="radio"/> Aufenthalt <input type="radio"/> Vermögen <input type="radio"/> Post <input type="radio"/> Ämter/Behörden	(Name, Anschrift, Telefon)  <input type="radio"/> Kopie Betreuerausweis/Vollmacht		
<b>10. Angehörige</b>			
<b>a)</b> (Vor- und Nachname)	(Verwandtschaftsverhältnis)	(Anschrift)	(Tel.)
<b>b)</b> (Vor- und Nachname)	(Verwandtschaftsverhältnis)	(Anschrift)	(Tel.)
<b>c)</b> (Vor- und Nachname)	(Verwandtschaftsverhältnis)	(Anschrift)	(Tel.)
<b>11. Derzeitiger Aufenthalt</b> (bei wem?, Krankenhaus?, Heim?)	(Anschrift)		
<b>12. Krankenkasse/Pflegekasse</b>	(Bezeichnung)	(Mitgliedsnummer)	
<b>13. Pflegegrad:</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Bescheid wurde vorgelegt:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>14. Höherstufung:</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	Gutachten wurde vorgelegt:	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> angefordert
<b>15. Zuzahlungsbefreiung</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	bis wann:	
<b>16. Teilnahme an der Betreuung gemäß § 53c gewünscht</b>	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein		
<b>17. Kostenträger</b> Die Heimkosten werden aufgebracht durch:	<input type="radio"/> persönliches Einkommen (Rente, ...) <input type="radio"/> Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben) <input type="radio"/> Beihilfestelle: _____ <input type="radio"/> das zuständige Sozialamt: _____ <input type="radio"/> Pflegekasse: <input type="radio"/> § 53c SGB XI Zuzahlungen		
<b>18. Hausarzt (Name)</b>	(Anschrift)	(Tel.)	
<b>19. ggf. weitere Ärzte</b>	(Anschrift)	(Tel.)	
<b>20. Patientenverfügung</b>	Besteht eine Patientenverfügung? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wo ist diese hinterlegt?		
<b>21. Bestattungsvertrag</b>	Besteht ein Bestattungsvertrag, wenn ja, mit welchem Bestattungsinstitut?		
<b>22. Gewünschte Unterbringung</b>	<input type="radio"/> Einzelzimmer <input type="radio"/> ggf. Komfortzimmer		

	<b>QUAPEN®</b> <b>Qualitätsmanagement-</b> <b>Handbuch</b> stationär	Verfahrensanweisungen (VA) V1 Kunden VA 1.9 FO Anmeldung zur Heimaufnahme bzw. KZP
--	---	--

Vorangegangene pflegerische Versorgung	
<b>23. Früherer Aufenthalt in einer stationären Einrichtung?</b>	Wenn ja, wo:
<b>24. Ambulanter Pflegedienst</b>	Wurden/ werden Sie durch einen ambulanten Pflegedienst betreut? Wenn ja, welcher:
<b>25. Bisherige Kurzzeitpflege</b>	Waren Sie in diesem Jahr bereits in Kurzzeitpflege? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Wo: Wie lange:
<b>26. Antrag bei der Pflegeversicherung</b>	Haben Sie bereits Kurzzeitpflege bei der Pflegekasse beantragt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein  Haben Sie bereits Langzeitpflege bei der Pflegekasse beantragt? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein
<b>27. Wer füllt dieses Anmeldeformular für den Aufzunehmenden aus?</b>	(Name und genaue Anschrift)
	(In welcher Eigenschaft)
<b>28. Hinweise, Bemerkungen, Ergänzungen</b>	Sind sie Raucher? <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein Fußpflege: Apotheke: Wäschenamen: 75,-- € für 100 Stück ; 0,50€/ Stück Nachbestellung Hilfsmittel: (Rollator/ Rollstuhl/ Brille/ Hörgeräte li-re/ Zahnprothese o/u T/V <input type="radio"/> Bar <input type="radio"/> Einzugsermächtigung
<b>29. Pauschaler Eigenanteil</b>	

Diese Anmeldung ist – bis auf Widerruf – verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

**Die ärztliche Bescheinigung zu Infektionskrankheiten und ggf. der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegen bei.**

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

Unterschrift der ausfüllenden Person: \_\_\_\_\_

Unterschrift des Aufzunehmenden, wenn möglich: \_\_\_\_\_

**Bitte überzeugen Sie sich vor Abgabe des Anmeldeformulars, ob alle Fragen vollständig beantwortet sind. Danke!**

---

**Für Vermerke der Einrichtung:**

Verfasser	Freigabe	Version	Seite
DSG	EL/PDL/QM	2024-09	2 von 2