

Antrag zur Heimaufnahme im

☐ Richard-Böttger-Heim		□ Paul	ine-Maier-Haus	3		
□ Ida-Scipio-Heim		□ Seni	orenzentrum W	/aldhof		
□ Vollstationär		□ Kurz	zzeitpflege § 4	2 SGB XI		
□ Verhinderungspflege § 39 S	SGB XI	□ Kurz	zzeitpflege § 3	9c SGB V		
Gewünschtes Einzugsdatum:						
Familienname:						
Vorname:						
Geburtsname:						
Geburtsdatum:						
Geburtsort:						
Letzter gemeldeter Wohnsitz:						
Staatsangehörigkeit:						
Telefon:						
Familienstand:	□ verheiratet		□ geschieden	□ verwitwet		
Konfession:						
Pflegegrad: □ 1 □ 2	□ 3	□ 4	□ 5	□ kein Pflegegrad		
seit:		beanti	ragt am:			
Angaben zum COVID-19-Immunisierungsstatus*						
Wurde eine Impfung gegen Co	OVID-19 bereit	s durch	geführt?			
□ ja	□ nein					
Lag innerhalb der vergangene	en 90 Tage ein	e COVII	D-19-Erkranku	ng vor?		
□ ja	□ nein					
*weitere Angaben zu COVID-19 werden im pf	flegerischen und ärzt	lichen Anar	mnesebogen erfasst			

Ansprechpartner*innen

Angehörige			
Name:		Name:	
Vorname:		Vorname:	
Straße, Nr.		Straße, Nr.	
PLZ, Ort		PLZ, Ort	
Telefon:		Telefon:	
Mobil:		Mobil:	
Mail:		Mail:	
Verwandt- schaftsgrad:		Verwandt- schaftsgrad:	
Vorsorgevoll	macht und Betreuung		
Vorsorgevolln	nacht	□ ja	□ nein
Betreuung		□ ja	□ nein
Betreuer*in/k	pevollmächtigte Person		
Betreuer*in/k	pevollmächtigte Person	Person 2	
	pevollmächtigte Person	Person 2 Name:	
Person 1			
Person 1 Name:		Name:	
Person 1 Name: Vorname:		Name: Vorname:	
Person 1 Name: Vorname: Straße, Nr.		Name: Vorname: Straße, Nr.	
Person 1 Name: Vorname: Straße, Nr. PLZ, Ort		Name: Vorname: Straße, Nr. PLZ, Ort	
Person 1 Name: Vorname: Straße, Nr. PLZ, Ort Telefon:		Name: Vorname: Straße, Nr. PLZ, Ort Telefon:	
Person 1 Name: Vorname: Straße, Nr. PLZ, Ort Telefon: Mobil: Mail:		Name: Vorname: Straße, Nr. PLZ, Ort Telefon: Mobil: Mail:	
Person 1 Name: Vorname: Straße, Nr. PLZ, Ort Telefon: Mobil: Mail:		Name: Vorname: Straße, Nr. PLZ, Ort Telefon: Mobil: Mail:	
Person 1 Name: Vorname: Straße, Nr. PLZ, Ort Telefon: Mobil: Mail:	Betreuung/Vollmacht erstreck	Name: Vorname: Straße, Nr. PLZ, Ort Telefon: Mobil: Mail:	

Angaben zum Kostenträger	•			
Selbstzahler	□ ja		□ nein	
Rechnungsempfänger:				
"Hilfe zur Pflege" gemäß §6	61 SGB XI –	Inanspruch	nahme von S	Sozialhilfe
beantragt:	□ ja am			□ nein
genehmigt:	□ ja am			□ nein
zuständiges Sozialamt:				
Angaben zum Versichertens	tatus			
☐ Gesetzliche Krankenversion	cherung	□ Pr	ivate Kranker	nversicherung
Krankenkasse:				
Ort:				
Versichertennummer:				
IK-Nr. der Krankenkasse:				
Angaben zur Zuzahlungsbe	efreiung			
Arznei- und Verbandmittel:	□ ja	□ nein	bis:	
Heilmittel:	□ ja	□ nein	bis:	
Hilfsmittel:	□ ja	□ nein	bis:	
Krankenhausbehandlung:	□ ja	□ nein	bis:	
Fahrtkosten:	□ ja	□ nein	bis:	

Gesundheitsfragen					
Impfpass	□ ja	□ nein	Diabetikerpass	□ ja	□ nein
Allergiepass	□ ja	□ nein	Schrittmacherausweis	□ ja	□ nein
Schwerbehindertenausweis:	□ ja	□ nein	besondere Merkmale:	□ ja	□ nein
Wenn ja, welche:					
Patientenverfügung:	□ ja		□ nein		
Pflegerischer Fragebogen?	_ ja		□ nein		
Ärztlicher Fragebogen?	□ ja		□ nein		
Alzincher Fragebogen:	⊔ ја		□ пеш		
Hausarztpraxis					
Name, Vorname:					
Straße:					
PLZ, Ort:					
Telefon:					
Fax:					
Hausbesuch:	□ ja		□ nein		
Hausarztwechsel erforderlich:	□ ja		□ nein		
Facharztpraxis					
Fachrichtung:					
Name, Vorname:					
Straße:					
PLZ, Ort:		•••••			
Telefon:					
Fax:					

Facharztpraxis						
Fachrichtung:						
Name, Vorname:						
Straße:						
PLZ, Ort:						
Telefon:						
Fax:						
Zahnarztpraxis						
Name, Vorname:						
Straße:						
PLZ, Ort:						
Telefon:						
Fax:						
jährliche Vorsorge g	jewünscl	nt: □ ja			nein	
jährliche Vorsorge g			ınd werden ı			
	sind vo	rhanden u	nd werden ı Brille			
Welche Hilfsmittel	sind vo	rhanden u		mitgebra	acht?	
Welche Hilfsmittel Zahnprothese(n)	sind vo □ ja	rhanden u □ nein	Brille	mitgebra □ ja	acht?	
Welche Hilfsmittel Zahnprothese(n) Hörgeräte	sind vo □ ja	rhanden u □ nein	Brille	mitgebra □ ja	acht?	
Welche Hilfsmittel Zahnprothese(n) Hörgeräte Sonstige:	sind vo ☐ ja ☐ ja	rhanden u	Brille	mitgebra □ ja	acht?	
Welche Hilfsmittel Zahnprothese(n) Hörgeräte Sonstige: Rollator:	sind vo ☐ ja ☐ ja	rhanden u	Brille	mitgebra □ ja	acht?	
Welche Hilfsmittel Zahnprothese(n) Hörgeräte Sonstige: Rollator: Eigentümer:	sind vo ☐ ja ☐ ja	rhanden u	Brille	mitgebra □ ja	acht?	
Welche Hilfsmittel Zahnprothese(n) Hörgeräte Sonstige: Rollator: Eigentümer: Seriennummer:	sind vo ☐ ja ☐ ja	rhanden u	Brille	mitgebra □ ja	acht?	
Welche Hilfsmittel Zahnprothese(n) Hörgeräte Sonstige: Rollator: Eigentümer: Seriennummer: geliefert von:	sind vo	rhanden u	Brille	mitgebra □ ja	acht?	
Welche Hilfsmittel Zahnprothese(n) Hörgeräte Sonstige: Rollator: Eigentümer: Seriennummer: geliefert von: Rollstuhl:	sind vo	rhanden u	Brille	mitgebra □ ja	acht?	

Angaben zur Bestattungsvorsorge		
Wurde bereits ein Bestattungsinstitut ausgewählt?	□ ja	□ nein
Ist dieses bereits beauftragt?	□ ja	□ nein
Kontaktdaten zum Bestattungsinstitut		
Name:		
Anschrift:		
Telefon:		
Sonstige Angaben		_
Raucher	□ ja	□ nein
Fußpflege* gewünscht	□ ja	□ nein
Kosmetische Fußpflege*	□ ja	□ nein
Medizinische Fußpflege*	□ ja	□ nein
Podologie*	□ ja	□ nein
Eigene Fußpflege vorhanden/Hausbesuch	□ ja	□ nein
Friseur*	□ ja	□ nein
Wäschekennzeichnung	□ ja	□ nein
Verwahrgeldkonto einrichten**	□ ja	□ nein
Post dem/der Bewohner*in selbst aushändigen?	□ ja	□ nein
Post im Nachttisch deponieren?	□ ja	□ nein
Post zusenden * Leistungen sind kostenpflichtig und werden separat von dem/der Die ** Kosten gemäß Heimvertrag	☐ ja nstleister*in in Rechnung gestellt	□ nein
Anmerkungen, Wünsche:		
Datum	Unterschrift des/der Anme	ldenden