

## Antrag zur Heimaufnahme im

 Richard-Böttger-Heim

 Pauline-Maier-Haus

 Ida-Scipio-Heim

 Seniorenzentrum Waldhof

 **Vollstationär**
 **Kurzzeitpflege § 42 SGB XI**
 **Verhinderungspflege § 39 SGB XI**
 **Kurzzeitpflege § 39c SGB V**
**Ist die häusliche Versorgung gewährleistet?**
 ja     nein

Wünschen Sie nach der Kurzzeitpflege eine Versorgung durch unseren Ambulanten Dienst?

 ja     nein

Gewünschtes Einzugsdatum: .....

**Familienname:** .....

Vorname: .....

Geburtsname: .....

Geburtsdatum: .....

Geburtsort: .....

Letzter gemeldeter Wohnsitz: .....

.....

Staatsangehörigkeit: .....

Telefon: .....

 Familienstand:             verheiratet     geschieden     verwitwet     ledig

Konfession: .....

**Pflegegrad:**     1         2         3         4         5         kein Pflegegrad

**seit:** .....

**beantragt am:** .....

**Höherstufung beantragt:**     ja     nein

**Ansprechpartner\*innen**

**Angehörige**

Name: .....

Vorname: .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Telefon: .....

Mobil: .....

Mail: .....

Verwandtschaftsgrad: .....

Name: .....

Vorname: .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Telefon: .....

Mobil: .....

Mail: .....

Verwandtschaftsgrad: .....

**Vorsorgevollmacht und Betreuung (Nachweis in der Heimverwaltung abgeben)**

Vorsorgevollmacht  ja  nein

Betreuung  ja  nein

**Betreuer\*in/bevollmächtigte Person**

**Person 1**

Name: .....

Vorname: .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Telefon: .....

Mobil: .....

Mail: .....

**Person 2**

Name: .....

Vorname: .....

Straße, Nr. ....

PLZ, Ort .....

Telefon: .....

Mobil: .....

Mail: .....

**Die jeweilige Betreuung/Vollmacht erstreckt sich auf:**

alle Angelegenheiten

.....

.....

alle Angelegenheiten

.....

.....

**Angaben zum Kostenträger**

**Selbstzahler**  ja  nein

**Rechnungsempfänger:** .....  
.....

**„Hilfe zur Pflege“ gemäß § 61 SGB XII – Inanspruchnahme von Sozialhilfe  
(falls vorhanden: bitte Nachweis vorlegen)**

beantragt:  ja am: .....  nein

genehmigt:  ja am: .....  nein

zuständiges Sozialamt: .....

**Angaben zum Versichertenstatus**

Gesetzliche Krankenversicherung  Private Krankenversicherung

Krankenkasse: .....

Ort: .....

Versichertennummer: .....

**Angaben zur Zuzahlungsbefreiung (Kopie bitte in der Verwaltung abgeben)**

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 **Allergiepass**  ja  nein

**Schrittmacherausweis**  ja  nein

**Schwerbehindertenausweis:**  ja  nein

**Patientenverfügung:**  ja (bitte beim Case Management oder  nein  
der Heimverwaltung abgeben

---

**Hausarztpraxis** .....

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

Fax: .....

Hausarztprogramm?  ja  nein

Hausbesuch:  ja  nein

Hausarztwechsel erforderlich:  ja  nein

---

**Facharztpraxen**

Fachrichtung: ..... Fachrichtung: .....

Name, Vorname: ..... Name, Vorname: .....

Straße: ..... Straße: .....

PLZ, Ort: ..... PLZ, Ort: .....

Telefon: ..... Telefon: .....

Fax: ..... Fax: .....

**Zahnarztpraxis** .....

Name, Vorname: .....

Straße: .....

PLZ, Ort: .....

Telefon: .....

Fax: .....

jährliche Vorsorge gewünscht:  ja  nein

---

**Welche Hilfsmittel sind vorhanden und werden mitgebracht?**

**Zahnprothese(n)**  ja  nein **Brille**  ja  nein

**Hörgeräte**  ja  nein **Gehstock**  ja  nein

**Sonstige:** .....

**Rollator:**  ja  nein

Eigentümer: .....

Seriennummer: .....

geliefert von: .....

**Rollstuhl:**  ja  nein

Eigentümer: .....

Seriennummer: .....

geliefert von: .....

**Angaben zur Bestattungsvorsorge (Kopie bitte in der Verwaltung abgeben)**

Wurde bereits ein Bestattungsinstitut ausgewählt?  ja  nein

Ist dieses bereits beauftragt?  ja  nein

**Kontaktaten zum Bestattungsinstitut**

Name: .....

Anschrift: .....

Telefon: .....

**Sonstige Angaben**

Name an Zimmertür  ja  nein

Raucher (im Zimmer nicht gestattet)  ja  nein

Fußpflege\* gewünscht  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 Dienstzimmer deponieren?  ja  nein

Post zusenden\*  ja  nein

**Anmerkungen, Wünsche:** .....

.....

.....

.....

.....  
Datum

.....  
Unterschrift des/der Anmeldenden

\* Leistungen sind kostenpflichtig und werden separat von dem/der Dienstleister\*in in Rechnung gestellt

\*\* Kosten gemäß Heimvertrag