

Bewohneraufnahme

Geltungsbereich:
Alle Residenzen



Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung

Name, Vorname: _____

Inhalt

1.1. Persönliche Bewohnerdaten.....	2
1.2. Kranken- und Pflegekassen	4
1.3. Hausarzt und Aufnahme aus dem Krankenhaus	5
1.4. Betreuer und Angehörige	6
1.5. Sozialhilfe und Pflegegeld.....	7
1.6. Renten.....	8
1.7. SEPA.....	8
1.8. Allgemeine Informationen.....	9

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
EL	15.08.2024	DJN	4	15.08.2024	1 von 9	II-C.1

BewohneraufnahmeGeltungsbereich:
Alle Residenzen**Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung****1.1. Persönliche Bewohnerdaten**

Name \ Vorname Bewohner: _____	Geburtsname: _____
Geburtsort: _____	Geburtsdatum: _____
Zuletzt Wohnhaft / Adresse Straße: _____	Familienstand: _____
PLZ / Ort: _____	Seit wann verwitwet/geschieden? _____
Land: _____	Konfession: _____
Bei Heimwechsel letzter eigenständiger Wohnsitz Straße: _____	Staatsangehörigkeit: _____
PLZ/Ort: _____	
Land: _____	
Bitte Kopie des Personalausweises beifügen	

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
EL	15.08.2024	DJN	4	15.08.2024	2 von 9	II-C.1

BewohneraufnahmeGeltungsbereich:
Alle Residenzen**Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung****Vollstationäre Pflege: Diagnose / Besonderheiten:** (geplantes) Einzugsdatum:

Antrag gestellt: _____

Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege:

Von: _____

Bis: _____

Antrag gestellt: _____

Genehmigung der Pflegekasse liegt vor :

Von: _____

Bis: _____

Pflegewohngeld berechtigt:

Ja

Nein

Pflegewohngeld beantragt am: _____

Bitte Pflegewohngeld Bewilligung beifügen.

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
EL	15.08.2024	DJN	4	15.08.2024	3 von 9	II-C.1

BewohneraufnahmeGeltungsbereich:
Alle Residenzen**Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung****1.2. Kranken- und Pflegekassen****Bescheid über Pflegebedürftigkeit:** Ja Nein**Inkontinent:** Ja Nein**Bei Kurzzeitpflege / Verhinderungspflege sind Inkontinenzmaterialien selbst mitzubringen****Pflegegrade:** gültig ab wann: _____ PG1 PG2 PG3 PG4 PG5**Pflegekasse / Krankenkasse:** Privat Gesetzlich

Kasse: _____

Versicherten Nummer: _____

Rezeptgebührenbefreiung Ja Nein**Beihilfeberechtigt (aus Tätigkeit im öffentlichen Dienst / Beamter):** Ja _____% Nein**Schwerbehindertenausweis** Ja Nein

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
EL	15.08.2024	DJN	4	15.08.2024	4 von 9	II-C.1

BewohneraufnahmeGeltungsbereich:
Alle Residenzen**Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung****Gewünschte Unterbringung:** Einzelzimmer Doppelzimmer**Telefonanschluss gewünscht:** Ja Nein**1.3. Hausarzt und Aufnahme aus dem Krankenhaus****Hausarzt Name:**_____
Straße_____
PLZ, Ort_____
Kommt ins Haus: Ja Nein

Telefonnummer:

Telefonnummer mobil:_____
E-Mail:

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
EL	15.08.2024	DJN	4	15.08.2024	5 von 9	II-C.1

BewohneraufnahmeGeltungsbereich:
Alle Residenzen**Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung****Bei Aufnahme aus dem Krankenhaus:**

Ansprechpartner Krankenhaus:

Telefonnummer:

Hinweis:**Ohne Überleitungsbogen keine Aufnahme****1.4. Betreuer und Angehörige****Name \ Vorname (Angehöriger oder Betreuer)**

Straße:

PLZ / Ort:

Land:

Patientenverfügung (Kopie) Ja Nein**Nachgereicht am:****Vorsorgevollmacht: (Kopie)** **Betreuerurkunde: (Kopie)**

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Telefonnummer (mobil):

E-Mail

Verwandtschaftsgrad:

Name \ Vorname Angehöriger 2:

Straße:

Geburtsdatum:

Telefonnummer:

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
EL	15.08.2024	DJN	4	15.08.2024	6 von 9	II-C.1

BewohneraufnahmeGeltungsbereich:
Alle Residenzen**Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung**

PLZ / Ort: _____

Land: _____

Vorsorgevollmacht: (Kopie) Ja Nein

Telefonnummer (mobil): _____

E-Mail _____

Verwandtschaftsgrad: _____

1.5. Sozialhilfe und Pflegegeld**Sozialhilfe:**

Ist ein Antrag auf Sozialhilfe gestellt worden?

 Ja Nein

Wenn ja, falls vorhanden die Sozialamt Akten-ID beifügen:

Sozialamt Akten-ID: _____

Weitere Kostenträger (z.B. Berufsgenossenschaft oder Unfallversicherung):

Träger: _____

Nummer: _____

Pflegegeld (nur in NRW und Schleswig-Holstein)Für Bewohner: _____ geboren am: _____
(Name, Vorname)

muss kein Pflegegeld beantragt werden.

(Ort / Datum)_____
(Unterschrift) **Bewohner** **Angehöriger** **Betreuer**

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
EL	15.08.2024	DJN	4	15.08.2024	7 von 9	II-C.1

BewohneraufnahmeGeltungsbereich:
Alle Residenzen**Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung****1.6. Renten****Renten:**

Kasse: _____

Versicherten Nummer: _____

Rentenbescheid beifügen: Ja Nein**Kopie Rentenbescheid Ehegatten:** Ja Nein**Bescheid Zusatzrenten:** Ja Nein**Nachweis weiterer Einkünfte:** Ja Nein**1.7. SEPA****SEPA Lastschriftmandant:**

Bitte füllen Sie das beigefügte Formulare SEPA Lastschriftmandant aus sofern Sie Selbstzahler sind

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
EL	15.08.2024	DJN	4	15.08.2024	8 von 9	II-C.1

BewohneraufnahmeGeltungsbereich:
Alle Residenzen**Anmeldung zur Aufnahme in die Pflegeeinrichtung****1.8. Allgemeine Informationen**

Mit der Speicherung und Verarbeitung meiner Daten durch die Pflegeeinrichtung bin ich einverstanden und garantiere die Richtigkeit der Angaben.

Unterschrift Antragsteller:

Ort / Datum

Unterschrift:

 Bewohner **Angehöriger** **Betreuer****Wurden Bestattungsvorsorgen getroffen?** **Ja** **Nein****Name und Adresse des Bestatters:**

Freigabe durch	Datum der Freigabe	Bearbeitet durch	Änderungsstatus	Datum der Änderung	Seite	Kapitel
EL	15.08.2024	DJN	4	15.08.2024	9 von 9	II-C.1