



RHEINWALDHEIM

Evangelische Altenhilfe gem. GmbH

3.1.4 Anmeldung zur Aufnahme

Kurzzeitpflege (KZP) von: _____ bis _____

vollstationäre Pflege (VSP) ab: _____

Tagespflege (TAPF) von: _____ bis _____

Gewünschte Wochentage für die Tagespflege: Mo Die Mi Do Fr

Vor- und Zuname: _____

Geburtsname: _____

Geburtsdatum und Geburtsort: _____

Hauptwohnsitz/ Ort und Straße: _____

Telefonnr.: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

Grund der Aufnahme: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Beruf: _____ Beruf des Ehegatten/in: _____

Angehörige:

Verwandtschaftsgrad:

1. Bezugsperson:

Name: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad:

Weitere Bezugsperson:

Name: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

Verwandtschaftsgrad:

Weitere Bezugsperson:

Name: _____

Anschrift: _____

Tel.-Nr.: _____

E-Mail: _____

Weitere Bezugsperson:

Vorsorgebevollmächtigte/r- oder
Generalbevollmächtigte/r: _____

(Bitte Kopie der Vollmacht **vor Einzug** einreichen)

Gerichtlich bestellte/r Betreuer/in /Anschrift, Telefon: _____

(Bitte Kopie der Beurkundung **vor Einzug** einreichen)

Patientenverfügung vorhanden? ja nein

(Wenn ja, reichen Sie bitte **vor Einzug** eine Kopie ein)

Wer soll Anruf / Mitteilung bei gesundheitlichen Veränderungen erhalten?

(Name) 24 Std. bitte nicht in der Nacht (22-6h)

Krankenkasse / Pflegekasse: _____

Vers. Nr.: _____

(Bitte Versicherungskarte im Original **bei Einzug** vorlegen)

Hat der/die Versicherte eine Berechtigung auf Beihilfe? ja nein

Angaben zum Pflegegrad / Gesundheit:

Liegt ein Pflegegrad vor? ja nein

Wenn ja, bitte Bescheid vorlegen: 1 2 3 4 5

Ist eine Einstufung/Höherstufung bei der PK beantragt? ja nein

(Bitte Kopie des Antrages beifügen)

Liegt eine Schwerbehinderung vor? ja nein

Grad der Behinderung: _____ und Buchstabe: _____

(Bitte eine Kopie des Schwerbehindertenausweises beifügen)

Liegt eine Demenz, bzw. eine eingeschränkte
Alltagskompetenz **nach § 43b SGB XI** vor? ja nein

Besteht eine Inkontinenz? ja nein

Gibt es eine Befreiung für die Zuzahlung der Medikamente/Inko: ja nein

(Bitte Befreiungsausweis im Original vorlegen)

Name des Hausarztes / Anschrift, Telefon: _____

Fachärzte: _____

(Bitte Name, Anschrift, Telefonnummer angeben.)

Klärung der Kostenfrage (Angabe nur bei **vollstationären** Aufenthalt notwendig)

Versicherungsverhältnis / Rentenversicherung: _____

Monatliches Einkommen / Höhe der Rente etc.: _____ €

Kostenfinanzierung

Selbstzahler: ja nein

Vermögen vorhanden (VSP) (Schonvermögen liegt bei 5000€): ja nein

Pflegekasse: ja nein

Notwendige Anträge gestellt? ja nein

Wann: _____

(Bitte Kopie von Antrag auf Kurzzeitpflege / vollstationäre Pflege **vor Einzug** einreichen)

Sozialamt: ja nein

Notwendige Anträge gestellt? ja nein

Wann: _____

Name der zuständigen Behörde: _____

Anschrift: _____

Zuständiger Sachbearbeiter/in: _____ ggf. AZ: _____

Anzahlung vor Einzug KZP: ab 14 Tage Kurzzeitpflege 500€ Anzahlung

ab 28 Tage Kurzzeitpflege 1000€ Anzahlung

Der Betrag ist vor Heimaufnahme, spätestens jedoch am 3 Tag nach Aufnahme, auf unser Konto:

KD Bank Duisburg

IBAN DE40 3506 0190 1011 2200 17

zu überweisen.

Rechnungsempfänger/in:

Name: _____

Anschrift: _____

Wer soll Anruf / Mitteilung wg. Finanziellen- oder Verwaltungsangelegenheiten erhalten?

(Name)

Gewünschte Zimmerkategorie: EZ ja nein
DZ ja nein

Zimmer-Nr.: _____

Zimmerschlüssel erwünscht: ja nein
(bei Verlust entstehen Kosten für den/die Bewohner/in)

Wäscheversorgung durch Wäscherei (nur bei VSP): ja nein
(Einmalige Pauschale für Kennzeichnung der Wäsche)

Wäscheversorgung durch Angehörigen (nur bei VSP): ja nein

Wer nimmt die Post entgegen (nur bei VSP): _____

Wer öffnet die Post und leitet weiter (nur bei VSP): _____

Teilnahme am Apothekenvertrag (nur bei VSP) ja nein

oder Selbstverwaltung: ja nein

Wer erhält die Rechnung der Apotheke: _____

Teilnahme am zahnärztlichen Kooperationsvertrag (nur bei VSP): ja nein

Verwahrgeldkonto in unserem Hause: Bitte zahlen Sie bei **vollstationärem Einzug** einen Erstbetrag von 100€ auf unser Verwahrgeldkonto ein. Davon werden u. a. Frisör, Apotheken, Fußpflege u.a. bezahlt. Sie erhalten einen monatlichen Kontoauszug. Sollte das Taschengeld von der Kreisverwaltung übernommen werden, so wird auch dies auf diesem Verwahrkonto monatlich gutgeschrieben. Sollte das Konto einen Bestand von unter 25€ aufweisen, erhalten Sie eine Benachrichtigung um erneut eine Einzahlung vorzunehmen. Dies kann bar, per Überweisung oder Bankeinzug stattfinden. Ein Minusbestand auf diesem Konto ist nicht möglich.

Bemerkungen und Ergänzungen: _____

Dokumentation Aufnahmegespräch vom: _____

Teilnehmer / Bewohner: _____

Teilnehmer / Einrichtung: _____

Diese Anmeldung ist bis auf Widerruf verbindlich. Die Angaben entsprechen der Wahrheit.

Ort: _____ Datum: _____

Unterschrift des Antragstellers: _____

Geschäftsführer:
Norbert Krumm
Telefon (0 26 35) 95 14-0

KD Bank Duisburg
Sparkasse Neuwied
VR-Bank Neuwied-Linz

IBAN DE40 3506 0190 1011 2200 17
IBAN DE73 5745 0120 0006 0073 55
IBAN DE57 5746 0117 0005 1050 55

Sitz der Gesellschaft:
Bade Hönningen
Amtsgericht Montabaur
Handelsregister HRB 10339