

Anmeldebogen

Pflegezentrum Haus Rauschenberg GmbH

| | | |
|---|---------------|---|
| 1. Persönliche Angaben | | |
| Familienname: | Vorname: | Geburtsname: |
| Geburtsdatum: | Geburtsort: | Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/> verwitwet |
| Straße: | Postleitzahl: | Wohnort: |
| Telefon (mit Vorwahl): | Konfession: | Beruf: |
| Kurzanamnese: | | Covid-19-Impfung erhalten: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, welcher Impfstoff: _____ |
| An Covid19 erkrankt gewesen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn ja, in welchem Zeitraum? _____ | | 1. Impfung am: _____ 2. Impfung am: _____ |

Pflegekasse

| | | |
|--|-----------------|---------------------------------|
| Name und Anschrift der Kasse/n 1. | | Mitgliedsnummer: zu 1: |
| Besteht für den/die Antragsteller/in eine Befreiung von den Rezeptgebühren? <input type="checkbox"/> ja | | |
| Angehörige | | |
| Name: | Vorname: | Verwandtschaftsverhältnis: |
| E-Mail-Adresse: | | Telefon (mit Vorwahl): |
| Straße: | Postleitzahl: | Ort: |
| Name: | Vorname: | Verwandtschaftsverhältnis: |
| E-Mail-Adresse: | | Telefon (mit Vorwahl): |
| Straße: | Postleitzahl: | Ort: |
| gesetzl. Betreuung <input type="checkbox"/> | Name: | Telefon: |
| Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> | Name: | Telefon: |
| Patientenverfügung <input type="checkbox"/> | | |

Fragen zum Aufenthalt

| |
|---|
| Soll die Heimaufnahme eine <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege (Zeitraum:) oder <input type="checkbox"/> Dauerpflege Einzugstermin: sein? <input type="checkbox"/> Tagespflege (Beginn am:) Mo.: ____ Di.: ____ Mi.: ____ Do.: ____ Fr.: ____ Sa.: ____ So.: ____ |
|---|

Liegt für den/die Antragsteller/in eine Heimbedürftigkeitsbescheinigung (Einstufungsbescheid Pflegegrad) vor?

ja beantragt
 nein

Pflegegrad: _____

Wurde eine Höherstufung beantragt? Ja am _____ durch _____
Nein

Wurde in diesem Kalenderjahr bereits Kurzzeitpflege beansprucht? Ja Bereits genommene Tage _____
Nein

Besteht eine Privathaftpflicht? ja nein
Wenn ja ist ein entsprechender Nachweis vorzulegen!

Liegt eine Beihilfeberechtigung vor? ja nein

Ist ein Schwerbehindertenausweis vorhanden?
 nein ja Stufe:, Grad der Beh.: %

Sozialamt
- liegt eine Bestätigung des Sozialamtes vor, dass die Übernahme der Heimkosten beantragt wurde?
 ja nein

wirtschaftliche Verhältnisse

Sind die wirtschaftlichen Verhältnisse offengelegt worden? ja nein

| Art der Einkünfte: | Höhe der Einkünfte: |
|---|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> Rente (1) <input type="checkbox"/> Pension | 1.) € 2.) € 3.) |
| <input type="checkbox"/> Rente (2) <input type="checkbox"/> Mieterträge | € |
| <input type="checkbox"/> Rente (3) <input type="checkbox"/> | |

Zahlung Pflegekosten

Zahlung des Entgeltes durch:

Rechnungsanschrift:

per Überweisung per SEPA / Einzugsermächtigung (hierzu muss ein gesondertes Formular ausgefüllt werden)

Telefonanschluss gewünscht?
 ja nein
(Kosten siehe Sonder- und Zusatzleistungen Heimvertrag)

Wäschekennzeichnung gewünscht?
 ja nein

Fernsehleihgerät gewünscht?
 ja nein **Hinweis:**
Private elektr. Geräte müssen von einem Elektrofachgeschäft geprüft werden u. der Fernseher muss DVBT tauglich sein.

Hausarzt

Kann die hausärztliche Versorgung im Haus vom derzeitigen Hausarzt übernommen werden?

ja nein

Wenn nein wurde ein neuer Hausarzt benannt?

Soll vom Haus ein neuer Hausarzt gefunden werden?

ja nein

ja nein

Name:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Telefonnummer (mit Vorwahl):

Facharzt

Name:

Straße:

Postleitzahl:

Ort:

Telefonnummer (mit Vorwahl):

Inkontinenz

Ist der Betroffene inkontinent? ja nein

2. Pflege und Betreuung

Hilfsmittel:

Benötigt der/die Betroffene/r Hilfsmittel? (Rollstuhl, Rollator, ...) ja nein

Wenn ja, welche?
.....
.....

Ist eine besondere Ernährung erforderlich? ja nein

Wenn ja, welche?

.....

.....

.....

Bei Kurzzeitpflege müssen die Inkontinenzvordrucke für die gesamte Dauer des Aufenthalts mitgebracht werden.

Friseur/Fußpflege/Pflegehilfsmittel:

Wer organisiert?

Friseur: privat Haus Rauschenberg

Fußpflege: privat Haus Rauschenberg

Versorgung mit Pflegemitteln: privat Bring Liesel
(Haarwaschmittel, Seife, Zahnpasta, etc.)

Verfahrensweise Post:

Direkt nachsenden? ja

Nach 7 Tagen Aufbewahrung in der Verwaltung nachsenden? ja

Direkt dem Bewohner aushändigen? ja

Antrag auf Beschaffung von Arzneimitteln:

Ich überlasse die Auswahl der Apotheke dem Haus Rauschenberg. Ich willige auch ein, dass die Apotheke, falls nötig, den Namen und die Telefonnummer des/der Bevollmächtigten/Betreuer/Angehörigen erhält.

Ich werde die Arzneimittel selbst beschaffen.

Entsorgung von Arzneimitteln*:

Hiermit beauftrage ich die Einrichtung, abgesetzte Medikamente regelgerecht zu entsorgen:

ja nein *

Hiermit beauftrage ich die Einrichtung, im Todesfall alle vorhandenen Medikamente zu entsorgen:

ja nein *

Die Arzneimittel werden von meinen Angehörigen entsorgt. *

Informationen

- ✓ Wir bitten Sie, beim Einzug eines Langzeitaufenthaltes von Ihren Angehörigen, aus Platz sowie aus Sicherheits-/Unfallgründen Koffer wieder mit nach Hause zu nehmen
- ✓ Bitte belassen Sie eine kleine Falttasche für einen eventuellen Krankenhausaufenthalt im Kleiderschrank
- ✓ Wir bitten Sie, keine Wertsachen, Bargeld o.ä. im Zimmer aufzubewahren

*** Ausnahme: Medikamente, die dem Betäubungsmittelgesetz unterliegen, werden in jedem Fall durch die Einrichtung über die Apotheke mit entsprechendem Nachweis entsorgt**

Mit meiner Unterschrift bestätige ich,

Name, Vorname

die Richtigkeit der Angaben im „Anmeldebogen“.

Datum, _____

Unterschrift

Erforderliche Unterlagen:

- **Impfbescheinigung über Covid-19-Impfung (wenn vorhanden)**
- **ärztlicher Fragebogen (erhalten Sie von uns) + Medikamentenplan**
- **Einstufungsbescheid Ihrer Pflegekasse (wenn vorhanden)**
- **aktuelle Rentenbescheide / Einkommensnachweise**
- **Personalausweis**
- **Krankenversicherungskarte**
- **Rezeptgebührenbefreiung (wenn vorhanden)**
- **Schwerbehindertenausweis (wenn vorhanden)**
- **Vollmacht / Betreuungsurkunde/Patientenverfügung (wenn zutreffend)**
- **vorhandene Arzneimittel**