

Kontakt: 58553 Halver, Bachstraße 1, Fon: 02353/916-0 Beratung / Aufnahme: Fon: - 916 105, Fax -916 110

- Vormerkung** (Punkt 1–17, 29, 34-37 ausfüllen) (Intern: Erledigungsvermerk)
**Bedarfsanzeige durch Sie zu gegebener Zeit
unbedingt rechtzeitig erforderlich!**
(Löschung nach 10 Jahren)

- Anmeldung für** vollstationäre Pflege
 Kurzzeitpflege

1. Zuname ggf. Geburtsname	Geburtsname	
2. Vorname Rufnamen bitte unterstreichen		
3. Wohnung Straße und Hausnummer		
gemeldete Hauptwohnung	Postleitzahl, Ort	Telefon
4. Derzeitiger Aufenthalt bei Name		
5. Geburtstag		
6. Geburtsort Kreis, ggf. Land / Staat		
7. Familienstand	Seit wann verheiratet, geschieden, verwitwet?	
Name des letzten Ehepartners		
8. Konfession, Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> Ohne Konfession	
9. Beruf		
10. Anzahl der Kinder		davon ggf. bereits verstorben
11. 1. Ansprechpartner / Angehörige/r / Name Anschrif		
	Verhältnis zum Antragsteller	
	Telefon /Fax/E-Mail	
2. Ansprechpartner / Angehörige/r Name Anschrif		
	wie verwandt ?	
	Telefon /Fax/E-Mail	
12. <input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer Name <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte/r <input type="checkbox"/> Patientenverfügung Wichtig: Bitte Kopie der Anschrif		
	Bestellungsurkunde / Vollmacht / Patientenverfügung beifügen	
	Telefon /Fax/E-Mail	

13. Hausarzt	Name	
	Anschrift	Telefon /Fax
14. Facharzt/Fachrichtung	Name	
	Anschrift	Telefon /Fax
15. Apotheke	Ich wünsche die Rezeptabwicklung	<input type="checkbox"/> Automatisch organisiert über Vertragsapotheker des Seniorenzentrums (Regelfall bei vollstationärer Pflege) <input type="checkbox"/> über eine Halveraner-Apotheke meiner Wahl (empfohlen bei Kurzzeitpflege) Name: _____

Kranken- u. Pflegeversicherung

16. Krankenkasse	Name	
	Anschrift, Telefon	
Mitgliedsnummer:		
Befreit von der Zuzahlung zu Rezeptgebühren	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja von _____ bis _____
17. Pflegekasse	Name	
	Anschrift, Telefon	
Festgestellter Pflegegrad	Welcher _____ seit _____	<input type="checkbox"/> beantragt wann <input type="checkbox"/> Erhöhung beantragt am:
18. Kostenübernahme der Pflegekasse für Dauer-Kurzzeitpflege	<input type="checkbox"/> ist beigefügt Bitte aktuellen Bescheid beifügen! <input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ <input type="checkbox"/> muss noch beantragt werden	

Kostenträger bei vollstationärer - und Kurzzeitpflege:

19. Die ungedeckten Kosten der Unterbringung trage ich als	<input type="checkbox"/> Selbstzahler aus <input type="checkbox"/> mtl. Einkommen <input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Vermögen
20. Rechnungsempfänger bin ich oder Angehöriger / Betreuer: Name: Anschrift:	<input type="checkbox"/> selbst
21. Ich benötige voraussichtlich Unterstützung durch den Sozialhilfeträger (Einkünfte und Pflegegeld reichen nicht zur Deckung der Heimkosten u. Vermögen liegt unter 10.000 €.) Beantragung muss vor Aufnahme erfolgen!	<input type="checkbox"/> Sozialamt Die Kostenübernahme beim zuständigen Sozialamt in _____ <input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ <input type="checkbox"/> muss noch beantragt werden Bei Pflegegrad 2 + 3 : Zustimmung zur Aufnahme durch Sozialamt (Notwendigkeitsbescheinigung) <input type="checkbox"/> wurde beantragt am _____ <input type="checkbox"/> muss noch beantragt werden

<p>22. Erhalten Sie Versorgungsbezüge Besteht ein Beihilfeanspruch (z. B. Beamte, Angestellte i. öffentl. Dienst)?</p>	<p><input type="checkbox"/> ja von _____ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beihilfe wurde beantragt</p>
<p>23. Erhalten Sie Leistungen der Kriegsopferfürsorge?</p>	<p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja von _____ <input type="checkbox"/> Grundrente sowie <input type="checkbox"/> Ausgleichsrente</p>

Wichtige Angaben zur Finanzierungsberatung bei stationärer Dauerpflege:

Die nachstehenden Angaben sind freiwillig und unterliegen selbstverständlich dem Datenschutz!
Für eine umfassende Finanzierungsberatung und ggf. Beantragung von Zuschüssen (z. B. Pflegegeld) sind sie jedoch unbedingt notwendig und bei der Aufnahme ggf. schriftliche Nachweise vorzulegen.

<p>24. Vermögen (Spar-, Immobilien, Wertpapiere, Lebens-, Sterbeversicherungen etc.)</p>	<p>Über 10.000 € <input type="checkbox"/> Unter 10.000 € <input type="checkbox"/> Belege erforderlich zur Beantragung von Pflegegeld</p>																											
<p>25. Angaben zur Art des Einkommens (Bei Vermögen erheblich über 10.000 € nicht erforderlich, bei Vermögen unter 10.000 € Bescheide erforderlich zur Beantragung von Pflegegeld)</p>	<p>Art des EK: aktueller Betrag; Zahlende Stelle</p> <table border="0"> <tr><td>Altersrente</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____ € _____</td></tr> <tr><td>Witwenrente</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____ € _____</td></tr> <tr><td>Werksrente</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____ € _____</td></tr> <tr><td>Pension</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____ € _____</td></tr> <tr><td>Kriegsrente KOF</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____ € _____</td></tr> <tr><td>Blindengeld</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____ € _____</td></tr> <tr><td>Zinsen/Wertpapiere</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____ € _____</td></tr> <tr><td>Mieteinnahmen</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____ € _____</td></tr> <tr><td>Sonstige Einkünfte</td><td><input type="checkbox"/></td><td>_____ € _____</td></tr> </table>	Altersrente	<input type="checkbox"/>	_____ € _____	Witwenrente	<input type="checkbox"/>	_____ € _____	Werksrente	<input type="checkbox"/>	_____ € _____	Pension	<input type="checkbox"/>	_____ € _____	Kriegsrente KOF	<input type="checkbox"/>	_____ € _____	Blindengeld	<input type="checkbox"/>	_____ € _____	Zinsen/Wertpapiere	<input type="checkbox"/>	_____ € _____	Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/>	_____ € _____	Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/>	_____ € _____
Altersrente	<input type="checkbox"/>	_____ € _____																										
Witwenrente	<input type="checkbox"/>	_____ € _____																										
Werksrente	<input type="checkbox"/>	_____ € _____																										
Pension	<input type="checkbox"/>	_____ € _____																										
Kriegsrente KOF	<input type="checkbox"/>	_____ € _____																										
Blindengeld	<input type="checkbox"/>	_____ € _____																										
Zinsen/Wertpapiere	<input type="checkbox"/>	_____ € _____																										
Mieteinnahmen	<input type="checkbox"/>	_____ € _____																										
Sonstige Einkünfte	<input type="checkbox"/>	_____ € _____																										
<p>26. Angaben zur Kontoverbindung zum Bankeinzug der Heimkosten bei Selbstzahlern</p>	<p>Kontoinhaber: <input type="checkbox"/> selbst oder <input type="checkbox"/> _____ Bankinstitut: _____ Kontonummer: _____ BIC: _____ IBAN: _____</p>																											

<p>27. Aus welchen Gründen und wann wird die Aufnahme gewünscht?</p>	<p><input type="checkbox"/> kurzfristig <input type="checkbox"/> in ca. ____ Wochen</p>
<p>28. Hinweise, Bemerkungen zur Person, Krankheitsbildern, und Auffälligkeiten (z. B. Hinlauf-Tendenz, herausforderndes Verhalten Suizidgefahr, Sucht, Körpergröße/Gewicht)</p>	

29. Gewünschte Unterbringung	<input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/> Einzelzimmer
30. Postempfänger (geschäftliche sowie private Post)	

Nur für stationäre Dauerpflege:

31. Anmeldung Fernseher/Radio <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Beitragservice-Nr. (s. Kontoauszug):
32. WLAN-Zugang gewünscht? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Eigene Mobil- oder Festnetznummer (unbedingt erforderlich):

Nur für Kurzzeitpflege:

33. Gewünschter Zeitraum	Von – bis: _____
Bereits bestätigter Zeitraum	Von – bis: _____
Höhe des noch zur Verfügung stehenden Budgets für Entlastungsleistungen §45b/SBG IX	Gesamt Betrag bei Aufnahme Kurzzeitpflege lt. Auskunft der Pflegekasse: _____ €

Für Stationäre Pflege, Kurzzeitpflege, Vormerkungen:

34. Zum Ausfüllen folgender Punkte benötige ich Beratung:	
---	--

Unterschrift:

35. Anmeldung ist - bis auf Widerruf -verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.	Ort/Datum	Unterschrift des Aufzunehmenden
	Ort/Datum	Unterschrift des Vertretungsberechtigten

Referenz:

36. Wie sind Sie auf unsere Einrichtung aufmerksam geworden?	<input type="checkbox"/> kirchl. Gemeinde	<input type="checkbox"/> Krankenhaus
	<input type="checkbox"/> örtliche Nähe	<input type="checkbox"/> Mitarbeiter
	<input type="checkbox"/> Bekannte	<input type="checkbox"/> Pflegedienst
	<input type="checkbox"/> Internet/Zeitung	<input type="checkbox"/> Hausarzt
	Sonstige:	

Information zum Umgang mit Ihren im ersten Kontakt, sowie hier hinterlegten Daten:

- Die von Ihnen mitgeteilten Informationen werden ausschließlich für einen späteren Vertragsabschluss bereitgehalten und genutzt.
- Sofern es nicht innerhalb eines Jahres zu einem Vertragsabschluss kommt, werden die eingereichten Unterlagen gelöscht o. vernichtet.
- Unterlagen von Personen die längerfristig vorgemerkt werden möchten und dafür den Punkt „Vormerkung“ auf Seite 1 oben angekreuzt haben, werden bei Nichtzustandekommen eines Vertrages nach 10 Jahren vernichtet.
- Bitte kontaktieren Sie uns, falls kein Interesse mehr an unseren Leistungen besteht. Wir werden die Löschung/Vernichtung dann unmittelbar vornehmen.
- Kommt es zu einem Vertragsabschluss, fügen wir Ihre eingereichten Unterlagen Ihrer anzulegenden Akte hinzu.