

Info an EL, VW, Kasse, Assist. EL, Seelsorge, Station, PDL, stellv. PDL, HWL, FD für Betreuung, TD

Antrag zur Heimaufnahme *

Name, Vorname:			
Geburtsdatum:			Geburtsort:
Geburtsname:			Staatsangehörigkeit:
Familienstand:			Konfession:
Straße, Haus-Nr.:			
PLZ, Wohnort:			
Telefon tagsüber:			
Gewünschte Unterbringung:	<input type="checkbox"/> Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	
Kurzzeitpflege bereits im Kalenderjahr in Anspruch genommen?	<input type="checkbox"/> Ja Anzahl KZP-Tage: <input type="checkbox"/> Nein		
Vorheriger Aufenthalt in einer anderen Einrichtung bzw. Umzug aus einer anderen Einrichtung?	<input type="checkbox"/> Ja Einrichtungname: Adresse: <input type="checkbox"/> Nein		
Möglicher Aufnahmetermin:		Bei KZP Termin des Auszugs:	
Stock, Zimmer, DZ/EZ:	während KZP gewünscht: TV durch Einrichtung im Zimmer <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Namensetiketten für Bewohnerkleidung/-wäsche (kostenfrei):	<input type="checkbox"/> Ja	50 / 100 Stück	<input type="checkbox"/> Nein
Telefon Hausanschluss: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>(bei vollstationär eigenen Telefonapparat mitbringen – analoges Telefon mit TAE-Anschlusskabel)</small>	Telefon Telekom (durch Angehörige selbst): <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>(eigenen Telefonapparat mitbringen – analoges Telefon mit TAE-Anschlusskabel)</small>		
Hausarzt:	Anschrift:		
Diabetiker: (messen/spritzen) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>(Bedarf während KZP – mitbringen)</small>	Inkontinenz: (Einlagen benötigt) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <small>(während KZP – mitbringen)</small>		
Kostform:	Fixierung: (Bettgitter/Gurt) <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein		
Fußpflege: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hinweis: Fußpflege auf eigene Rechnung, soweit es sich nicht um Leistungen nach SGB V handelt		
vorhandene Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Sitzkissen <input type="checkbox"/> Therapiestuhl <input type="checkbox"/> Wechsell Druckmatratze <input type="checkbox"/> Sonstiges: <input type="checkbox"/> Brille/Sehhilfe <input type="checkbox"/> Hörgeräte <input type="checkbox"/> Zahnprothesen		

Angehörige: 1.	Name:	
	Wie verwandt:	Tel. tagsüber:
	Anschrift:	Mobilrufnummer:
		Email:
Angehörige: 2.	Name:	
	Wie verwandt:	Tel. tagsüber:
	Anschrift:	Mobilrufnummer:
		Email:
Betreuer nach dem Betreuungsrecht: Bescheid / Betreuer- ausweis bitte vorlegen	Name:	
	Anschrift:	Tel. tagsüber:
		Mobilrufnummer:
		Email:
Krankenkasse:		Pflegekasse (falls abweichend):
Mitglieds-Nr.:		Pflegegrad: Pflegekassenbescheid bitte vorlegen
Ein-/Höherstufung beantragt:	<input type="checkbox"/> Ja, am <input type="checkbox"/> Nein	
Heimkosten: Die Heimkosten können aus eigenem Einkommen und Vermögen bestritten werden <input type="checkbox"/> Ja	und zwar durch (Angaben sind freiwillig): <input type="checkbox"/> Rente / Pension; Höhe ca. <input type="checkbox"/> Zusatz- und Betriebsrenten <input type="checkbox"/> Bank-/Sparguthaben <input type="checkbox"/> Sonstiges	
	Beihilfeanspruch <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> monatl. Rechnungskopie für Beihilfe erwünscht <input type="checkbox"/> Nein	
<input type="checkbox"/> Nein	Sozialhilfe wird / wurde beim Bezirk Unterfranken – Sozialverwaltung – (bzw. zuständigen Bezirk) beantragt am	
Bezahlung: Selbstzahler <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Rechnung an: <input type="checkbox"/> Bewohner <input type="checkbox"/> Betreuer <input type="checkbox"/> Angehörige: (Name, Vorname)	
Postsendungen für Bewohner: <input type="checkbox"/> auf Wohnbereich (Selbstabholung)	oder <input type="checkbox"/> Zusendung an Bevollmächtigten/Betreuer (kostenfrei, 1 x monatlich mit der Heimkostenabrechnung): (Name, Vorname) ggf. Anschrift falls abweichend zu oben	

Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und ausschließlich zur Vorbereitung einer möglichen Heimaufnahme erhoben!

* **Mit dem Antrag zur Heimaufnahme entsteht kein Anspruch auf einen Pflegeplatz.**

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers
ggf. gesetzl. Vertreters / Betreuers / Bevollmächtigten