**Heimaufnahme Datenblatt**

*Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Persönliche Daten:** | | | | |
| Name: | Ggf. Geburtsname | | | Vorname: |
|  |  | | |  |
| Aktuelle Straße, Hausnummer | PLZ | Ort | | |
|  |  |  | | |
|  |  |  | | |
| Geburtsdatum | Geburtsort | | | Telefonnummer |
|  |  | | |  |
| Lebenssituation: | | | | Konfession: |
| ledig  verheiratet  verwitwet  getrennt lebend | | | |  |
|  | | | | |
| **Kontaktdaten Hausarzt** | | | **Kontaktdaten Zahnarzt** | |
| Name | | | Name | |
|  | | |  | |
| Anschrift | | | Anschrift | |
|  | | |  | |
| Telefonnummer | | | Telefonnummer | |
|  | | |  | |
|  | | | | |
| **Krankenkasse/Pflegekasse** | | | | |
| Versichertennummer | Name der Kasse | | | Befreiung von Zuzahlung |
|  |  | | | nein  ja, |
| Schwerbehindertenausweis | | | | von       bis       befreit. |
| nein  ja (Bitte Kopie des Ausweises beifügen) | | | |  |
| Wurden Sie bereits in ein Pflegegrad eingestuft? | | | | (Bitte Kopie des Bescheides beifügen) |
| nein |  | | |  |
| ja, Pflegegrad 1 | ja, Pflegegrad 2 | | | ja, Pflegegrad 3 |
| ja, Pflegegrad 4 | ja, Pflegegrad 5 | | | beantragt am: |
| Besteht eine gerichtliche Betreuung? | | | Bestehen Patientenverfügung/ Vorsorgevollmacht/Generalvollmacht? | |
| nein  ja\* | | | nein  ja\* | |
| (\* Bitte Kopie der Unterlagen beifügen) | | | (\* Bitte Kopie der Unterlagen beifügen) | |
|  | | | | |
| **Daten zum Einzug**  Dauerpflege  Kurzzeitpflege | | | | |
| Gewünschter Aufnahmetermin: | | |  | |
| Wie dringlich ist Ihre Aufnahme? |  | | |  |
| dieser Antrag ist eine Voranmeldung | | | dringend, weil | |
|  | | | sehr dringend, weil | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wichtige Angehörige:** | | Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine Vertrauensperson angeben! | | |
| Name, Vorname | | | Name, Vorname | |
|  | | |  | |
| Verwandtschaftsverhältnis | | | Verwandtschaftsverhältnis | |
|  | | |  | |
| Anschrift | | | Anschrift | |
|  | | |  | |
| Telefonnummer | | | Telefonnummer | |
|  | | |  | |
| Email (Falls vorhanden) | | | Email (Falls vorhanden) | |
|  | | |  | |
| Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden. | | | Der Person darf Auskunft über Sie erteilt werden. | |
| ja  nein | | | ja  nein | |
| Weitere Anmerkungen: | | | | |
|  | | | | |
|  | | |  | |
| Folgende Unterlagen lege ich dem Antrag bei:  ausgefüllten ärztlichen Fragebogen  Kopie des Bescheides über einen Pflegegrad/Bewilligung Kurzzeitpflege  Kopie der Unterlagen über die gerichtliche Betreuung  Kopie der Patientenverfügung, Vorsorgevollmacht bzw. Generalvollmacht  Kopie des Personalausweis  Kopie der Krankenversicherungskarte (Chipkarte unbedingt vorn und hinten) ggfs. Zuzahlungsbefreiung  Kopie des Schwerbehindertenausweis  Ich habe alle Fragen wahrheitsgemäß beantwortet. | | | | |
|  | | |  | |
| Ort, Datum | | | Unterschrift Antragsteller/Antragstellerin/Bevollmächtigter | |
| **Dieses Formular wird nach Ablauf von 2 Jahren ohne vorherige Information datenschutzgerecht vernichtet.** | | | | |
| Hiermit wird bestätigt, dass bei |  | | |  |
| Frau/Herrn |  | | |  |
| geboren am |  | | |  |
|  | | | | |
| zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Krankheit, wie TBC, MRSA o.ä. vorhanden sind. | | | | |
|  | | |  | |
| Ort, Datum | | | Unterschrift/Stempel des Arztes | |

*Diese Anmeldung ist unverbindlich.*