**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 SchwerbehindertenausweisIch 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.*