

# Anmeldung zur Heimaufnahme



**Gewünschter Zeitraum:**

Kurzzeitpflege

von: \_\_\_\_\_ bis: \_\_\_\_\_

Vollstationäre Pflege

Name, ggf. Geburtsname		_____
Vorname		_____
aktuelle	Straße, Hausnummer	_____
Meldeadresse	PLZ, Ort	_____
Geburtsdatum		_____
Geburtsort		_____
Familienstand	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> verwitwet <input type="checkbox"/> ledig
	<input type="checkbox"/> getrennt	<input type="checkbox"/> geschieden
Konfession	<input type="checkbox"/> ev	<input type="checkbox"/> keine
	<input type="checkbox"/> rk	<input type="checkbox"/> sonstige: _____
Staatsangehörigkeit	<input type="checkbox"/> Deutsch	<input type="checkbox"/> _____
Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> beantragt
Rezeptgebührenbefreiung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kranken- / Pflegekasse	_____	
Versichertennummer	_____	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat
Rechnungsempfänger	<input type="checkbox"/> Bewohner	<input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer
	<input type="checkbox"/> Angehörige:	_____
<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Sozialhilfe	<input type="checkbox"/> Beihilfeberechtigung
Post erhält:	<input type="checkbox"/> Bewohner/in	
Oder kostenpflichtige Zusendung an:	<input type="checkbox"/> Angehörige	<input type="checkbox"/> gesetzlicher Betreuer
Gesetzliche	Nachname, Vorname	_____
Betreuung <input type="checkbox"/>	Straße, Hausnummer	_____
oder	PLZ, Ort	_____
Vorsorge-	Telefonnummer	_____
Vollmacht <input type="checkbox"/>	E-Mail-Adresse	_____
1. Angehörige:	Nachname, Vorname	_____
	Straße, Hausnummer	_____
	PLZ, Ort	_____
	Telefonnummer	_____

	E-Mail-Adresse	_____	
	Verwandtschaftsgrad	_____	
	Erreichbarkeit im Notfall	<input type="checkbox"/> Tag	<input type="checkbox"/> Nacht
2. Angehörige:	Nachname, Vorname	_____	
	Straße, Hausnummer	_____	
	PLZ, Ort	_____	
	Telefonnummer	_____	
	E-Mail-Adresse	_____	
	Verwandtschaftsgrad	_____	
	Erreichbarkeit im Notfall	<input type="checkbox"/> Tag	<input type="checkbox"/> Nacht
	Besteht eine Patientenverfügung?	<input type="checkbox"/> Ja, eine Kopie ist beigelegt	<input type="checkbox"/> Nein
	Besteht eine Betreuungsverfügung?	<input type="checkbox"/> Ja, eine Kopie ist beigelegt	<input type="checkbox"/> Nein
	Besteht eine Vorsorgevollmacht?	<input type="checkbox"/> Ja, eine Kopie ist beigelegt	<input type="checkbox"/> Nein
	Besteht ein Bestattungsvorsorgevertrag?	<input type="checkbox"/> Ja, eine Kopie ist beigelegt	<input type="checkbox"/> Nein
	Besteht eine Weglauf-/Hinlauftendenz?	<input type="checkbox"/> Ja, eine Kopie ist beigelegt	<input type="checkbox"/> Nein
Hausarzt:	Name, Ort	_____	
	Medikamentenplan	<input type="checkbox"/> Ja, eine Kopie ist beigelegt	<input type="checkbox"/> Nein
	Ärztliche Diagnosen	<input type="checkbox"/> Ja, eine Kopie ist beigelegt	<input type="checkbox"/> Nein
	Ist eine Inkontinenz bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja, eine Kopie ist beigelegt	<input type="checkbox"/> Nein
	Covid-19 Impfung vorhanden?	<input type="checkbox"/> Ja, eine Kopie ist beigelegt	<input type="checkbox"/> Nein
	Ist Diabetes bekannt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig	<input type="checkbox"/> Nein
	Nahrungsmittelunverträglichkeit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	wenn ja, welche?	_____	
	Allergie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
	wenn ja, welche?	_____	
	Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> sonstige: _____
<b>Bemerkungen:</b> _____			
_____			

Ich willige der Erhebung, Verarbeitung und Speicherung meiner o.g. personenbezogenen Daten zum Zwecke der vorvertraglichen und vertraglichen Maßnahmen durch die ‚Haus des Lebens gGmbH‘ bis auf Widerruf ein. Für Fragen oder einen Widerruf steht der Datenschutzbeauftragte Jürgen Golda (02307 2874488, j.golda@p2consult.de) jederzeit zur Verfügung.

**Name des Anmeldenden:**

-----  
Ort, Datum

-----  
Unterschrift des Anmeldenden

Folgende Dokumente sind vor bzw. bei der Aufnahme zwingend entsprechend gesetzlicher Vorgabe abzugeben. Ohne die erforderlichen Dokumente kann eine Aufnahme nicht erfolgen.

- **Verwaltung:**

- ✓ **Anmeldung zur Heimaufnahme** (bitte vor Heimaufnahme abgeben)
- ✓ **Leistungsbescheid** der Pflegekasse
- ✓ **Ärztl. Attest**, nicht älter als 3 Tage lt. Infektionsschutzgesetz (Bewohner/in ist frei von ansteckenden Krankheiten)! Findet die Aufnahme am Freitagnachmittag statt oder *ausnahmsweise im Notfall* an einem Samstag, muss das ärztliche Attest spätestens am Freitagvormittag vorgelegt werden!  
**Ohne dieses Attest ist keine Aufnahme möglich!**
- ✓ **Betreuerausweis/Vorsorgevollmacht** (falls vorhanden)
- ✓ **Patientenverfügung** (falls vorhanden)

- **Wohnbereich:**

- ✓ **Krankenversichertenkarte** und ggf. **Befreiungsausweis**
- ✓ **Personalausweis** (auch wenn dieser abgelaufen ist)
- ✓ **Medikamenten - Verordnungsblatt mit Bedarfsmedikation** (z.B. Schmerzmittel) **mit Stempel und Unterschrift vom behandelnden Arzt!**
- ✓ Aktuell verordnete **Medikamente** in Originalverpackung (Bitte nicht im Medikamenten-Dispenser vorbereiten)
- ✓ **Aktueller Arztbrief oder schriftlicher Ausdruck medizinischer Diagnosen** (**unbedingt erforderlich, bitte vor Heimaufnahme abgeben**)
- ✓ **Impfausweis /Allergieausweis** (falls vorhanden)
- ✓ **Rücksprache halten bezüglich des Hausarztes** – bei vollstationär eventuell Wechsel des Arztes, wenn dieser keine Hausbesuche bei uns macht
- ✓ **Schwerbehindertenausweis** (falls vorhanden)
- ✓ **Persönliche Kleidung** (für die erforderliche Wäschekennzeichnung Kleidung, wenn möglich 14 Tage vor Aufnahme auf dem Wohnbereich abgeben)
- ✓ **Hygieneartikel** (Deo, Zahnbürste, Rasierer, etc.)
- ✓ **Verbandmaterial** (falls aktuelle Wundversorgung)
- ✓ **Hilfsmittel** (Rollstuhl, Rollator, Gehstock, Ernährungspumpe, etc. falls benötigt)
- ✓ **Fixierungsbeschluss** (Bettseitenteil, Bauchgurt etc.), falls die Notwendigkeit einer Fixierung besteht. Es ist kein richterlicher Beschluss erforderlich, wenn der/die Betroffene die Einwilligung z.B. über die Anbringung von einem Bettseitenteil gibt. Voraussetzung ist die Einwilligungsfähigkeit, d. h. der/die Betroffene muss die Konsequenzen seiner Einwilligung beurteilen können.

**Bei Kurzzeitpflege bringen Sie bitte zusätzlich mit:**

- ✓ **Wäschebox** o.ä. zur Aufbewahrung der Schmutzwäsche (bei Kurzzeitpflegegästen ohne gekennzeichnete Wäsche, hier ist keine Wäschekennzeichnung erforderlich)
- ✓ **Inkontinenzartikel**