



## Daten zur Heimaufnahme

VW

## Verwaltung

FB 11

Stationäre Pflege ab \_\_\_\_\_

Kurzzeitpflege vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Verhinderungspflege vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Gewünschte Unterbringung:  EZ  DZ Zimmer Nr.: \_\_\_\_\_

Aushändigung Schlüssel:  Zimmerschlüssel  Tresorschlüssel

**Grunddaten:**  Herr  Frau

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Geburtsort: \_\_\_\_\_ Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_

Familienstand: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

Größe/Gewicht: \_\_\_\_\_

**Letzte Meldeadresse vor der Heimaufnahme:**

Straße: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Gegenwärtiger Aufenthaltsort: \_\_\_\_\_

**Bezugspersonen/ Betreuer**

Person 1: \_\_\_\_\_ Beziehungsart \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

erhält Rechnung:  
 Verständigung bei Tod/ Krankheit

Person 2: \_\_\_\_\_ Beziehungsart \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_ Telefonnummer: \_\_\_\_\_

erhält Rechnung:  
 Verständigung bei Tod/ Krankheit

**Vorsorge:**

Betreuung: \_\_\_\_\_ Aufgabenkreis: \_\_\_\_\_

Betreuung beantragt: nein  ja  Unterlagen liegen vor:

Liegt eine der folgenden Unterlagen vor: Vollmacht: ja  nein

Betreuungsverfügung: ja  nein

Patientenverfügung: ja  nein

**Ärzte:**

Hausarzt: \_\_\_\_\_ sonstige Ärzte: \_\_\_\_\_



## Daten zur Heimaufnahme

VW

## Verwaltung

FB 11

### Krankenkasse/Pflegekasse

Name:

Mitgliedsnummer:

Adresse

Telefonnummer:

Pflegestufe  I  II  III  keine

**Wurde ein Antrag auf (höhere) Pflegestufe gestellt?**

ja

nein

am:

Befreiung für Zuzahlungen:

ja

nein

### Monatliches Nettoeinkommen

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag	RV Nr.	Unterlagen liegen vor
Altersrente/ Pension				
Witwenrente				
sonstiges				

Ich wünsche eine Rentenüberleitung an die Pflegeeinrichtung

ja

nein

Der Rechnungsbetrag soll per Lastschrift eingezogen werden

ja

nein

### Übernahme des Heimentgeltes

Aus oben aufgeführtem monatlichen Einkommen:

Zuzahlung aus Barvermögen:

ja

nein

Zuzahlung von Dritten:

ja

nein

Sozialamt:

ja

nein

Antrag gestellt:

### Beihilfe berechtigt

Bezeichnung der Beihilfestelle:

Adresse:

### Bestattung

Verständigung bei Tag und Nacht

ja

nein

Gibt es einen Vorsorgevertrag mit einem Bestattungsinstitut?

ja

nein

Name des Bestattungsinstituts:?

Wird seelsorgerischer Beistand gewünscht?

ja

nein

Wenn ja welcher?

Wird Begleitung oder Beratung durch die Hospiz Verein gewünscht?

ja

nein

**Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird ausdrücklich versichert.**

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Bewohner

Ort/Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Betreuer