

QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH		
Einrichtung:	Region Südbaden	
Geltungsbereich:	Stationäre Pflege	
Anmeldeformular		Seite 1 von 2

Anmeldeformular

I. Angaben zur Person (zukünftiger Bewohner):

Name: _____ Geburtstag: _____

Vorname: _____ Geburtsort: _____

Geburtsname: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: _____ Religion: _____

bisheriger Wohnsitz: _____

(PLZ , Ort, Str. u. Haus-Nr., Tel.-Nr.)

Bisheriger Hausarzt: _____ **Tel.-Nr.:** _____

Angehörige:

1. _____ Vorname,
 (Name, Verwandtschaftsgrad)

(Straße, Haus-Nr., PLZ Ort)

Tel.-Nr.: _____ - _____

Rechnungsempfänger? ja nein

Aushändigung eingebrachter Gegenstände nach Vertragsende? ja nein

2. _____ Vorname,
 (Name, Verwandtschaftsgrad)

(Straße, Haus-Nr., PLZ Ort)

Tel.-Nr.: _____ - _____

Rechnungsempfänger? ja nein

Aushändigung eingebrachter Gegenstände nach Vertragsende? ja nein

Besteht eine **rechtliche Betreuung(Vollmacht)**? ja nein

Wenn ja, Name und Anschrift des/r Betreuers/In _____

Aufgabenkreis?

Bestimmung des Aufenthalts: Ja Nein

Vermögensangelegenheiten: Ja Nein

Gesundheitsfürsorge: Ja Nein

Alle Angelegenheiten: Ja Nein

Erstellt/ Bearbeitet:	Geprüft	Freigegeben
<i>Kübel / Kübel</i>	<i>QM-Steuergruppe</i>	<i>Adrian</i>
09.02.2010 / 01.03.2018	28.02.2018	01.03.2018

QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH		
Einrichtung:	Region Südbaden	
Geltungsbereich:	Stationäre Pflege	
Anmeldeformular		Seite 2 von 2

II. Kostenübernahme:

Wurde bereits ein Bescheid auf stationäre Pflegeleistung von der Pflegekasse erteilt?

ja nein wenn nein, wann beantragt ____ . ____ . **20** ____

Liegt ein Bescheid über einen Pflegegrad vor?

ja nein wurde am ____ . ____ . **20** ____ beantragt

Wenn ja, welcher Pflegegrad wurde ermittelt? 1 2 3 4 5

Wurde erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45 SGB XI festgestellt?

ja nein wurde am ____ . ____ . **20** ____ beantragt

Sind Sie Beihilfeberechtigte(r)? ja nein

Sind Sie Zuzahlungsbefreit? ja nein

Inkontinenzpauschale wird beantragt? ja nein

Kranken- bzw. Pflegekasse:

Pflegekasse: _____ Sitz der Zweigstelle: _____

Krankenkasse: _____ Sitz der Zweigstelle: _____

Den monatlichen Eigenanteil am Heimentgelt in Höhe von ca. EURO kann ich aus eigenem Einkommen / Vermögen bestreiten: ja nein

Ich habe am ____ . ____ . **20** ____ einen Antrag auf Übernahme der Kosten beim zuständigen Sozialhilfeträger gestellt.

III. Heimvertrag:

Die Aufnahme in das ASB-Pflegeheim erfolgt durch den gesonderten Abschluss eines Heimvertrages.

Alle weiteren für den Heimeinzug notwendigen Informationen entnehmen Sie bitte der Anlage zum Anmeldeformular.

Termin zur Aufnahme: ____ . ____ . **20** ____

Ort, Datum

Unterschrift (zukünftiger Bewohner / rechtlicher Betreuer)

Erstellt/ Bearbeitet:	Gepprüft	Freigegeben
<i>Kübel / Kübel</i>	<i>QM-Steuergruppe</i>	<i>Adrian</i>
09.02.2010 / 01.03.2018	28.02.2018	01.03.2018