

## 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
Kübel / Kübel	QM-Steuergruppe	Adrian
09.02.2010 / 01.03.2018	28.02.2018	01.03.2018

## 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
Kübel / Kübel	QM-Steuergruppe	Adrian
09.02.2010 / 01.03.2018	28.02.2018	01.03.2018