

Anmeldung zum Heimeinzug

1. **Familienname**
(bei Frauen auch Geburtsname) _____

2. **Vornamen:**
(Rufname unterstreichen) _____

3. **Geburtstag, Monat, Jahr:** _____

4. **Geburtsort:** _____

5. **bisherige Anschrift:**
PLZ, Wohnort, Straße _____

6. **Familienstand seit:** _____

<input type="checkbox"/> ledig	<input type="checkbox"/> verheiratet	<input type="checkbox"/> Sonstiges
<input type="checkbox"/> verwitwet	<input type="checkbox"/> geschieden	_____

7. **Name des Ehegatten**
(bei Verwitweten, Name des verstorbenen Ehegatten) _____

8. **Staatsangehörigkeit:** _____

9. **Religion:** _____

10. **Soll durch uns eine Anmeldung bei der Gemeinde Kaufungen, unter „Sophie-Henschel-Weg 11 „ erfolgen?**
(Wenn ja, gültigen Personalausweis vorlegen) Ja Nein

11. **Sind Sie bereits gegen Corona geimpft worden?** Ja Nein

1. Impfung am:	Impfstoff:	Impfarzt:
2. Impfung am:	Impfstoff:	Impfarzt:
3. Impfung am:	Impfstoff:	Impfarzt:

12. Wird ein Telefon gewünscht? Ja Nein

13. Bei welcher Krankenkasse sind Sie versichert?

_____ KV-Nr.: _____

14. Liegt eine Befreiung von der Zuzahlung zu den Kosten der Arznei-, Verbands-, Heilmittel- und Fahrkosten vor? Ja Nein

(Befreiungsausweis unbedingt vorlegen) Befreiung bis _____

15. Name u. Anschrift des bisherigen Hausarztes:

16. Sind Sie bereits durch den Medizinischen Dienst der Krankenkasse (MDK) begutachtet worden? Ja Nein

Wenn ja, welcher Pflegegrad liegt vor? _____

17. Besteht eine amtsrichterliche Betreuung? Ja Nein
 beantragt

Wenn ja, Name, Anschrift und Tel. Nr. der betreuenden Person:

18. Besteht eine Vollmacht? Ja Nein
Wenn ja, bitte folgende Angaben:

Art der Vollmacht: _____
(z.B. Generalvollmacht, Vorsorgevollmacht etc.)
Name des Bevollmächtigten
(Kopie vorlegen) _____

19. Besteht eine Patientenverfügung? Ja Nein
(Wenn ja, Kopie vorlegen)

20. Nächste Angehörige:

a. Name:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Tel.-Nr.:

E- Mail:

Verwandtschaftsgrad:

Weitere Angehörige:

b. Name:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Tel.-Nr.:

E- Mail:

Verwandtschaftsgrad:

Weitere Angehörige:

c. Name:

Straße:

PLZ, Wohnort:

Tel.-Nr.:

E- Mail:

Verwandtschaftsgrad:

21. Sind die Heimkosten aus Ihren Einkünften gesichert? Ja Nein

22. Welche Einnahmen stehen Ihnen zur Verfügung

a. Angestelltenrente (monatlich) Euro _____

b. Invalidenrente (monatlich) Euro _____

c. Knappschaftsrente (monatlich) Euro _____

d. Witwenrente (monatlich) Euro _____

e. sonstige Einnahmen, Pensionen, Unterhaltszahlungen usw. Euro _____

23. Rechnungsstellung an: _____

24. Wer zahlt die Heimkosten, wenn diese nicht durch Ihr Einkommen gesichert sind?

a. Sozialhilfeträger Ja Nein

b. Sonstige
 Name und Anschrift: _____

25. Ist ein Antrag auf vollstationäre Pflege bei der zuständigen Pflegekasse gestellt worden? Ja Nein
(wenn ja, bitte Kopie beifügen)

26. Wer soll im Krankheits- oder Sterbefall benachrichtigt werden?

siehe Punkt 19 a

siehe Punkt 19 b

siehe Punkt 19 c

27. Wer soll nach Ihrem Ableben die Zimmerräumung vornehmen und Ihren Nachlass (Geld, Sparbücher u. Wertsachen, soweit vom Heim aufbewahrt) entgegennehmen?

siehe Punkt 19 a

siehe Punkt 19 b

siehe Punkt 19 c

28. Sind schon vertragliche Regelungen über eine Bestattung festgelegt worden? Ja Nein

Folgende Regelungen: _____

Wo soll die Beisetzung erfolgen: _____

Soll eine Feuerbestattung erfolgen: Ja Nein
Sonstige Bestattungsform:

29. An Unterlagen bitte mitbringen:

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Krankenversicherungskarte | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 2. Kopie Betreuerausweis/Beschluss/Vollmacht | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 3. Patientenverfügung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 4. Zuzahlungsbefreiung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| 5. Kopie Personalausweis | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Hinweis zur Rundfunk- und Fernsehgebührenpflicht

Für Rundfunk- und Fernsehgeräte im Bewohnerzimmer besteht keine Gebührenpflicht bei der GEZ.

Der Betrieb ist somit kostenfrei möglich.

Für die Abmeldung stellen wir Ihnen gerne einen Vordruck zur Verfügung. Bitte wenden Sie sich an die Verwaltung.

Heimeinzug soll erfolgen zum: _____

Ort, Datum

Unterschrift des Pflegebedürftigen

Unterschrift des Betreuers