

# Anmeldung für das Altenzentrum Mühlbad

Bitte beachten! Alle Fragen sollen vollständig und wahrheitsgemäß beantwortet werden. Vielen Dank für Ihr Verständnis!

<b>1. Zuname</b> (Familiename, bei Frauen auch den Geburtsnamen angeben)		
<b>2. Vorname</b> - Rufnamen bitte unterstreichen –		
<b>3. Wohnung</b> (Mit Hauptwohnsitz polizeilich angemeldet)	Postleitzahl: _____ Wohnort, Gemeinde: _____ Straße und Haus - Nr.: _____	
<b>4. Leistungen der Pflegeversicherung (bitte Kopie des Bescheids)</b>	<input type="checkbox"/> Eingestuft in Pflegestufe Stufe __ <input type="checkbox"/> Leistungsempfänger aufgrund eingeschränkter Alltagskompetenz <input type="checkbox"/> Antrag auf Leistungen der Pflegeversicherung wurde gestellt am: _____ <input type="checkbox"/> Bewilligungsbescheid der Pflegekasse für Zeitraum KZP/Einstufung vollstat.	
<b>5. Zur Zeit in welchem Krankenhaus, Heim oder in welcher Einrichtung?</b>	Name der Einrichtung: _____ Anschrift: _____ Warum dort?: _____	
<b>6. Geburtsdaten</b> (Beim Geburtsort Kreis und ggf. auch Land/Staat mit angeben)	am: _____ in: _____	
<b>7. Familienstand:</b>	<b>8. Konfession:</b>	<b>9. Staatsangehörigkeit:</b>
<b>10. Angehörige</b>		
a) _____ (wie verwandt?) _____ (Vor- und Zuname)		
_____ (Postleitzahl)	_____ (Wohnort, Gemeinde)	_____ (Straße, Hausnummer) _____ (Telefon?)
b) _____ (wie verwandt?) _____ (Vor- und Zuname)		
_____ (Postleitzahl)	_____ (Wohnort, Gemeinde)	_____ (Straße, Hausnummer) _____ (Telefon?)
<i>(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)</i>		
<b>11. Betreuer oder Bevollmächtigter</b> (Name, genaue Anschrift und Betreuungsumfang) <b>(bitte Kopie der Bestellung)</b>		
<b>12. Vorsorge:</b> <b>(bitte jeweils eine Kopie )</b>	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung vorhanden <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht vorhanden <input type="checkbox"/> Generalvollmacht vorhanden	
<b>13. Krankenkasse</b> (oder sonstiger Kostenträger für Arzt, Arznei usw. )		
<b>14. Mitgl.-Nr. der Krankenkasse</b> oder Aktenzeichen des Behandlungskostenträgers		
<b>15. derzeitiger Hausarzt:</b>	Name:: _____ Anschrift: _____	

**16. Kostenträger** Die Heimkosten (Eigenanteil) werden aufgebracht durch:

- eigenes Vermögen (Rente, Pension, Sparbuch, Bankguthaben etc.)  
 das zuständige Sozialamt in: \_\_\_\_\_ Antrag wurde gestellt am: \_\_\_\_\_

Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_

<b>Aufnahme gewünscht am:</b>		<b>Uhrzeit:</b>
<b>Datum des Auszugs (bei Kurzzeitpflege):</b>		<b>Uhrzeit:</b>
<b>Abgabe der Wäsche zum zeichnen am:</b>		

**17. Diät notwendig?**

Welche? \_\_\_\_\_ Wann? \_\_\_\_\_

**18. Besteht eine Weglauftendenz?**

ja  nein

**19. Nachweis über MRSA Freiheit durch:**

Hausarzt (ca. 20 €)  AZ Mühlbad (10 €)

**20. Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?**

---



---

**21. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden? Name und Anschrift**

---

In welcher Eigenschaft? \_\_\_\_\_

Diese Anmeldung ist - bis auf Widerruf - verbindlich. Alle Angaben entsprechen den Tatsachen.

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen und die Kostenübernahmeerklärung liegen bei.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_ 20\_\_\_\_\_

Unterschrift des Antragstellers: \_\_\_\_\_

# Ärztlicher Fragebogen (vom Hausarzt auszufüllen)

Bitte alle Fragen vollständig beantworten, Zutreffendes ankreuzen X, ggf. im verschlossenen Umschlag zur Weiterleitung mitgeben

1. Vor- und Zuname			
2. Geburtstag			
3. Ist Pat. gehfähig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
4. Treppensteigen möglich?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
5. Ist Pat. häufig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
6. Ständig bettlägerig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
7. Beherrschung des Stuhlabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
8. Beherrschung des Urinabgangs?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
9. Fremder Hilfe bedürftig? Körpergröße: _____ Körpergewicht: _____	<input type="checkbox"/> beim Essen	<input type="checkbox"/> beim Ankleiden	<input type="checkbox"/> beim Waschen
	<input type="checkbox"/> beim Aufstehen aus dem Bett	<input type="checkbox"/> beim Benutzen der Toilette	<input type="checkbox"/> beim Frisieren/Rasieren
			<input type="checkbox"/> beim Lagern zur Nachtruhe
			<input type="checkbox"/> bei.....
10. Örtlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
11. Zeitlich orientiert?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
12. Nachts ruhig?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> nicht immer
13. Gemütsstimmung?	<input type="checkbox"/> willig	<input type="checkbox"/> freundlich	<input type="checkbox"/> verdrießlich
14. Gefährliche Eigenschaften?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
15. Suchtkrankheit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, welche?	
16. Ist Patient in seiner Alltagskompetenz eingeschränkt?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
17. Besteht derzeit eine Weglauftendenz bzw. ist nach Umzug ins Heim damit zu rechnen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Zusatzinfos:
18. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)?			
19. Diagnosen:			
_____ , den _____ 20_____			
Stempel und Unterschrift des Arztes: _____			

# Kostenübernahmeerklärung

Antragsteller (Name, Vorname, Anschrift).....  
.....

Ich bitte um Aufnahme von (Name, Vorname): .....

Geboren am: .....

wohnhaft:.....

Einzug:..... Auszug (bei Kurzzeitpflege).....

Die zurzeit gültigen Pflegesätze sind mir bekannt.

**Ich verpflichte mich, bei einer ausstehenden Neuein- bzw. Höherstufung den neuen Einstufungsbescheid zeitnah dem Ev. Altenzentrum Mühlbad zur Verfügung zu stellen und entbinde hiermit meine zuständige Pflegekasse von der Schweigepflicht gegenüber der Einrichtung.**

**Bitte beachten Sie, dass wir die Rechnungen für Kurzzeitpflegegäste ohne gültige Pflegestufe, entsprechend des im Heimvertrag vereinbarten Heimentgelts, in voller Höhe ausstellen werden.**

Sollte das Einkommen für die Begleichung der monatlichen Pflege- bzw. Heimkosten nicht ausreichen, stelle ich rechtzeitig einen Antrag auf Kostenübernahme beim zuständigen Sozialamt in: .....  
und ermächtige das Ev. Altenzentrum Mühlbad, die zu erbringenden Eigenanteile (Renten) zu Lasten meines Girokontos: Konto-Nr.: ..... Bankleitzahl: .....  
Name und Sitz des Geldinstitutes: ..... durch Lastschrift einzuziehen.

**Abrechnen mit externen Leistungserbringern** (wie z. B. Ärzte, Friseur, Fußpflege, Apotheke...)

- Ich möchte mit den externen Leistungserbringern selbst abrechnen
- Ich ermächtige das Ev. Az. Mühlbad, für mich in Vorlage zu treten und mit den externen Leistungserbringern ab zu rechnen.

Die Abrechnung erfolgt  bei Rechnungsstellung  über ein entsprechendes Barbetragskonto

**Kioskeinkauf** (hausinterner Verkauf von Pflegeartikeln, Getränken...)

- nein, ich wünsche keinen Kioskeinkauf
- ja – ich bin mit dem Einkauf im Kiosk einverstanden, die Abrechnung erfolgt  
 bei Rechnungsstellung  über ein entsprechendes Barbetragskonto

Die Heimkosten werden jeweils mit dem Aufnahmetag fällig.

Ich erkläre mich bis zur Kostenübernahme durch die jeweilige Sozialverwaltung mit meiner Unterschrift bereit, die Heimkosten selbst zu zahlen. Mir ist bekannt, dass bei Nichteinhaltung dieser Verpflichtung keine Aufnahme in das Ev. Altenzentrum Mühlbad erfolgen kann.

Ort, Datum:..... Unterschrift:.....

# Ermächtigung zum Einzug von Forderungen durch Lastschriften

Hiermit ermächtige ich .....(Name)

Sie widerruflich, die von mir zu entrichtenden Zahlungen wegen Heim- und Pflegekosten und alle anfallenden Leistungen bei Fälligkeit zu Lasten meines Girokontos:

Konto-Nr.: .....

Bankleitzahl: .....

Name und Sitz des Geldinstitutes: .....  
.....

durch Lastschrift einzuziehen.

Wenn mein Konto die erforderliche Deckung nicht aufweist, besteht seitens des kontoführenden Kreditinstitutes keine Verpflichtung zur Einlösung.

Teileinlösungen werden im Lastschriftverfahren nicht vorgenommen.

Ort, Datum: .....

Unterschrift: .....

# Preisliste - ab 01.01.2012 -

<b>Kosten Dauerpflege</b>				
	Tagessatz	Monat 31 Tage	Zuschuss Pflegekasse	ungedeckte Kosten
Stufe 0	75,94 €	2354,14 €	-	-
Stufe 1	89,99 €	2789,69 €	1023,00 €	1766,69 €
Stufe 2	104,02 €	3224,62 €	1279,00 €	1945,62 €
Stufe 3	127,43 €	3950,33 €	1550,00 €	2400,33 €
Härtefall	139,53	4325,43	1918,00 €	2407,43 €

<b>Kosten Kurzzeitpflege</b>				
	Tagessatz	Eigenanteil pro Tag (U+V)	Pflegekasse übernimmt pro Tag	Zuzahlung Pflegekasse reicht für
Stufe 0	75,94 €	75,77 €	-	-
Stufe 1	89,99 €	41,73 €	48,26 €	28 Tage (1351,28 €)
Stufe 2	104,02 €	41,73 €	62,29 €	24 Tage (1494,96 €)
Stufe 3	127,43 €	41,73 €	85,70 €	18 Tage (1542,60 €)

<b>Kosten Tages- und Nachtpflege</b>				
	Tagessatz	Eigenanteil pro Tag (U+V)	Pflegekasse übernimmt pro Tag	Max. Leistung der Pflegekasse für pflegebed. Kosten und Fahrdienst
Stufe 0	46,25 €	46,25 €	-	-
Stufe 1	55,90 €	22,88 €	33,10 €	440,00 €
Stufe 2	65,54 €	22,88 €	42,66 €	1040,00 €
Stufe 3	81,63 €	22,88 €	58,75 €	1550,00 €

Fahrtkostenpauschale bis zu 15 km Entfernung: 7,67 Euro / Tag