

## Unterlagen zur Aufnahme

**Bitte reichen Sie die unten aufgeführten Unterlagen vor der Aufnahme in der Verwaltung unserer Einrichtung ein:**

### **Vollstationäre Pflege:**

- (1) Anmeldung zur Aufnahme in unser Altenzentrum
- (2) Ärztlicher Fragebogen
- (3) Kostenübernahmeerklärung
- (4) Versichertenkarte
- (5) Abmeldung bisheriger Wohnsitz
- (6) Anmeldung Stadt Boppard
- (7) Rezeptgebührenbefreiung / Fahrtkostenbefreiung –soweit vorhanden-
- (8) Anmeldung von Radio / Fernseher / Telefon
- (9) Angabe der Rechnungsanschrift für die Heimkosten oder Einzugsermächtigung
- (10) Kopie des Bescheides über Leistungen aus der Pflegeversicherung (Pflegestufe)
- (11) Kopie des Bescheides über eingeschränkte Alltagskompetenz (ggf. Bestandteil des Bescheids über Leistungen aus der Pflegeversicherung)
- (12) Biografiebogen

### **Kopien folgender Unterlagen:**

- (1) Geburtsurkunde (wenn ledig) oder Heiratsurkunde (wenn verheiratet)
- (2) Sterbeurkunde des Ehepartners (wenn verwitwet)
- (3) Rentenbescheid
- (4) Personalausweis (oder Reisepass)
- (5) Betreuungsausweis / Versorgungsvollmacht / Antrag auf Betreuung

### **Kurzzeitpflege:**

- (1) Anmeldung zur Aufnahme in unser Altenzentrum
- (2) Ärztlicher Fragebogen
- (3) Versichertenkarte
- (4) Schwerbehindertenausweis –soweit vorhanden-
- (5) Rezeptgebührenbefreiung / Fahrtkostenbefreiung –soweit vorhanden-
- (6) Angabe der Rechnungsanschrift für die Heimkosten oder Einzugsermächtigung
- (7) Kopie über die Begutachtung durch die Pflegekasse (SGB XI)
- (8) Biografiebogen

# 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. Geistig-seelische Behinderung oder Störung - Art - :			
18. Ist Patient frei von ansteckenden Krankheiten (auch TBC)?			
19. Diagnosen:			
_____ , den _____ 20_____			
Stempel und Unterschrift des Arztes: _____			

# Anmeldung für das Altenzentrum Mühlbad

(Nur zusammen mit dem vom Arzt ausgefüllten Fragebogen einsenden)

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</b> (bitte Kopie des Bescheids)	<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: _____
<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>10. Letzte Eheschließung :</b>	am: _____ in: _____
<b>11. Beruf</b>	erlernter Beruf: _____ zuletzt ausgeübter: _____
<b>12. Beruf des Ehemannes (bei Frauen)</b>	
<b>13. Angehörige</b>	
<p>a) _____ (wie verwandt?) _____ (Vor- und Zuname)</p> <p>_____ (Postleitzahl) _____ (Wohnort, Gemeinde) _____ (Straße, Hausnummer) _____ (Telefon?)</p>	
<p>b) _____ (wie verwandt?) _____ (Vor- und Zuname)</p> <p>_____ (Postleitzahl) _____ (Wohnort, Gemeinde) _____ (Straße, Hausnummer) _____ (Telefon?)</p>	
<i>(Falls keine Angehörigen vorhanden sind, bitte eine sonstige Vertrauensperson angeben!)</i>	
<b>14. Betreuer oder Bevollmächtigter</b> (Name, genaue Anschrift und Betreuungsumfang) (bitte Kopie der Bestellung)	
<b>15. Vorsorge:</b>  (bitte jeweils eine Kopie )	<input type="checkbox"/> Patientenverfügung vorhanden <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht vorhanden <input type="checkbox"/> Generalvollmacht vorhanden
<b>16. Krankenkasse</b> (oder sonstiger Kostenträger für Arzt, Arznei usw. )	
<b>17. Versicherungsverhältnis</b> (z. B. Rentner, freiw. Mitgl., Familienhilfe)	
<b>18. Bei Familienhilfe:</b> Name des Vers. nehmers, Geburtstag, Arbeitgeber oder Versicherungsverhältnis)	
<b>19. Mitgl.-Nr. der Krankenkasse</b> oder Aktenzeichen des Behandlungskostenträgers	

20. derzeitiger Hausarzt:

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

Anschrift: \_\_\_\_\_

21. Monatliches Einkommen (nach heutigem Stand)

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag Euro

22. Kostenträger (Zutreffende Zeilen bitte ankreuzen X). Die Heimkosten werden aufgebracht durch

- das oben angeführte monatliche Einkommen.
- Zuzahlung aus Barvermögen (Sparbuch, Bankguthaben); Bestand heute: EUR \*\*) \_\_\_\_\_
- Zahlungen \*) von \_\_\_\_\_
- das zuständige Sozialamt \*\*) in \_\_\_\_\_

\*) Die Kostenverpflichtungserklärung - liegt bei - folgt in den nächsten Tagen - muss noch beantragt werden - ist beantragt worden am: \_\_\_\_\_

\*\*) Beantwortung entfällt, wenn Kostenaufbringung einwandfrei geklärt ist!

Rechnungsempfänger: \_\_\_\_\_

23. Gewünschte Unterbringung (Zutreffendes bitte ankreuzen, ggf. Ergänzungen)

- Einzelzimmer

Aufnahme gewünscht am:

Datum des Auszugs  
(bei Kurzzeitpflege):

24. Diät notwendig?

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

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

25. Aus welchen Gründen wird jetzt die Heimaufnahme gewünscht?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

26. Wer stellt diesen Antrag für den Aufzunehmenden? Name und genaue Anschrift:

\_\_\_\_\_

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

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

Der vom Arzt ausgefüllte Fragebogen liegt bei.

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

Unterschrift des Antragstellers:

\_\_\_\_\_

# 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.

Sollte das Einkommen für die Begleichung der monatlichen Pflege- bzw. Heimkosten nicht ausreichen, stelle ich rechtzeitig einen Antrag auf Kostenübernahme beim zuständigen Sozialamt in: .....

**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 Barbetragkonto

**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 Barbetragkonto

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:.....