

- Bitte vollständig ausfüllen!

Heimaufnahmebogen



vollstationäre Pflege Kurzzeitpflege unverbindliche Reservierung

Aufnahme am Auszug am

Uhrzeit

Einbettzimmer Zweibettzimmer Zimmer Nr.:

Stammdaten Bewohner/in

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Geburtsdatum	Geburtsname
Geburtsort	Nationalität
Familienstand	Konfession

Bezugspersonen / Bevollmächtigte

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Telefax
Handy	E-Mail
Verwandtschaftsverhältnis/Bevollmächtigter	(Bitte Vollmacht beifügen)

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Telefax
Handy	E-Mail
Verwandtschaftsverhältnis/Bevollmächtigter	(Bitte Vollmacht beifügen)

Bei Postvollmacht: Post wird regelmäßig abgeholt Post bitte zuschicken
(kostenpflichtig)

Gerichtlich bestellter Betreuer? Ja (Bitte Bestellung beifügen) Nein

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort
Telefon	Telefax
Handy	E-Mail

Freiheitsentziehende Maßnahmen genehmigt (Bescheid beifügen) muss beantragt werden

Ärztliche Behandlung

1.Name /Anschrift	Tel:
2.Name /Anschrift	Tel:

Pflege

Kranken-/Pflegekasse	Versicherten-Nr.
----------------------	------------------

Zuzahlungsbefreiung Ja (Bitte Ausweis beifügen) Nein

Pflegegrad liegt vor Ja (Bitte Bescheid beifügen) Nein

Pflegegrad 1 2 3 4 5

Ein Pflegegrad liegt nicht vor, ein Antrag wurde aber gestellt am

Allgemeines

Ich bin einverstanden, dass der/die Bewohner/in

den hauseigenen Friseur besucht (kostenpflichtig) Ja Nein n. Wunsch

die hauseigene Fußpflege besucht 6-wöchentl. – 15,50€ Ja Nein n. Wunsch

Ich bin einverstanden mit der

Bestellung von Wäscheetiketten und Zeichnung der Wäsche Ja Nein

Versorgung mit Kosmetikartikeln Ja Nein n. Wunsch

(jeweils zum Selbstkostenpreis)

medikamentösen Versorgung durch die Vertragsapotheker Ja Nein

Pflegerrelevante Diagnosen:

.....
.....
.....

Infektionskrankheiten/Allergien nein ja

Kostform: Vollkost Weiche Kost pürrierte Kost Unverträglichkeiten

Welche.....

Kostenträger

Selbstzahler Ja Nein

Rechnungsempfänger:

Name	Vorname
Straße	PLZ, Ort

Die Information vor Vertragsabschluss nach § 3 WBG habe ich erhalten und den Inhalt zur Kenntnis genommen.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Bewohners/Bevollmächtigte/Betreuers

- nur bei vollstationärer Aufnahme ausfüllen! -

Kostenträger

Sozialhilfe

Antrag auf Sozialhilfe ist/wird gestellt am beim Sozialamt

Kostenzusage Ja (Bitte Bescheid beifügen) Nein

Beihilfeberechtigt Ja (Bitte Bescheid beifügen) Nein

Pflegewohnngeld

Antrag auf Pflegewohnngeld muss gestellt werden Ja Nein
(Renten reichen nicht zur Deckung der Heimkosten; Vermögen unter € 10.000,00)

Sind Angehörige durch Kriegsereignisse geschädigt, gefallen, vermisst bzw. verstorben oder in der Ausübung des Wehr-/Zivildienstes, durch Gewalttaten oder durch Impfschäden geschädigt bzw. verstorben? ja nein

Hiermit erteile ich dem Senioren Domizil Rak GmbH die Vollmacht, in meinem Auftrag den erforderlichen Erst-Antrag auf Pflegewohnngeld sowie die nötigen Folge- bzw. Änderungsanträge bei der zuständigen Behörde zu stellen. Mir ist bewusst, dass im Falle eines Fristversäumnisses durch den von mir Bevollmächtigten, dieses Verschulden mir zugerechnet wird.

Rentenversicherung (Bitte aktuelle/n Bescheid/e beifügen)

Fotodokumentation (Diese Einverständniserklärung ist jederzeit, auch teilweise, schriftlich widerrufbar.)

Ich erkläre mein Einverständnis, dass

- fotodokumentarische Aufzeichnungen hinsichtlich der Wund- und Dekubituserfassung des/der Bewohners/in angefertigt, archiviert und auf Verlangen berechtigten Personen vorgelegt werden. Diese Aufzeichnungen dienen lediglich der Dokumentation und werden nicht zum Zweck der Veröffentlichung zur Verfügung gestellt. Ja Nein

- Fotos gefertigt, archiviert und im Haus veröffentlicht werden, auch über den Tod hinaus. (z.B. an Türschildern zur Orientierungshilfe / Gruppenbilder) Ja Nein

Nur bei Einzug im Käfernest/ Neubau Erdgeschoss:

Sollte der/die Bewohnerin den besonderen Schutz der behütenden Station nicht mehr benötigen, erkläre ich hiermit meine Bereitschaft einem Umzug innerhalb des Senioren Domizil Rak GmbH zuzustimmen, falls eine Umlegung aus Belegungs- oder anderen Gründen notwendig werden sollte. Diese Erklärung entbindet das Senioren Domizil Rak GmbH nicht von der Pflicht eine Umlegung im Vorfeld mit mir abzustimmen und stets im Sinne und zum Wohl des Bewohners zu handeln.

.....
Ort, Datum

.....
Unterschrift des Bewohners/Bevollmächtigte/Betreuers