

Anmeldung zur Aufnahme in die Seniorenpflege am Schwielowsee

zur

Vollstationäre Pflege
Verhinderungspflege
Kurzzeitpflege
Tagespflege

ab/von _____

bis _____

Angaben der aufzunehmenden Person

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____ Geburtsort: _____

Geburtsname: _____ Religion: _____

Wohnanschrift: _____

Derzeitiger Aufenthalt: _____

(falls anders als im Teil A)

(Name der Einrichtung) Straße und Hausnummer

PLZ

Ort

Die aufzunehmende Person wird beim Vertrag vertreten durch

(Urkunde bzw. Vollmacht in Kopie beifügen)

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ

Ort

Straße und Hausnummer

Geburtstag: _____

Telefonnummer: privat: _____ mobil: _____

Email: _____

 Bezug zur aufzunehmenden Person _____*(z.Bsp. Ehepartner:in, Lebenspartner:in, Kind, Nachbar, ...)* gesetzl. Betreuer:in Bevollmächtigte:r 1. Kontaktperson bei Todesfall ¹ 2. Kontaktperson bei Todesfall ¹ 1. Nachlassempfänger:in ² 2. Nachlassempfänger:in ²

Erstellt durch: Juliane Hoth Erstellt am: 19.10.2023	Überarbeitet von: Juliane Hoth Überarbeitet am: 19.10.2023	Geprüft durch: Mario Lehmann Geprüft am: 19.10.2023	Freigegeben durch: René Schulz Freigegeben am: 19.10.2023	Version: 1	Seite 1 von 4
---	---	--	--	----------------------	-------------------------

Weitere Kontaktpersonen/Angehörige (Urkunde bzw. Vollmacht in Kopie je Kontaktperson beifügen)

2. Kontaktperson

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ _____ Ort _____

Straße und Hausnummer _____

Telefonnummer: privat: _____ mobil: _____

Email: _____

- Bezug zur aufzunehmenden Person _____
(z.Bsp. Ehepartner:in, Lebenspartner:in, Kind, Nachbar, ...)
- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer:in | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte:r |
| <input type="checkbox"/> 1. Kontaktperson bei Todesfall ¹ | <input type="checkbox"/> 2. Kontaktperson bei Todesfall ¹ |
| <input type="checkbox"/> 1. Nachlassempfänger:in ² | <input type="checkbox"/> 2. Nachlassempfänger:in ² |

3. Kontaktperson

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ _____ Ort _____

Straße und Hausnummer _____

Telefonnummer: privat: _____ mobil: _____

Email: _____

- Bezug zur aufzunehmenden Person _____
(z.Bsp. Ehepartner:in, Lebenspartner:in, Kind, Nachbar, ...)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer:in | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte:r |
| <input type="checkbox"/> Kontaktperson bei Todesfall ¹ | <input type="checkbox"/> Kontaktperson bei Todesfall ¹ |
| <input type="checkbox"/> Nachlassempfänger:in ² | <input type="checkbox"/> Nachlassempfänger:in ² |

4. Kontaktperson

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ _____ Ort _____

Straße und Hausnummer _____

Telefonnummer: privat: _____ mobil: _____

Email: _____

- Bezug zur aufzunehmenden Person _____
(z.Bsp. Ehepartner:in, Lebenspartner:in, Kind, Nachbar, ...)
- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuer:in | <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte:r |
| <input type="checkbox"/> Kontaktperson bei Todesfall ¹ | <input type="checkbox"/> Kontaktperson bei Todesfall ¹ |
| <input type="checkbox"/> Nachlassempfänger:in ² | <input type="checkbox"/> Nachlassempfänger:in ² |

Erstellt durch: Juliane Hoth Erstellt am: 19.10.2023	Überarbeitet von: Juliane Hoth Überarbeitet am: 19.10.2023	Geprüft durch: Mario Lehmann Geprüft am: 19.10.2023	Freigegeben durch: René Schulz Freigegeben am: 19.10.2023	Version: 1	Seite 2 von 4
---	---	--	--	----------------------	-------------------------

Finanzierung:

Krankenkasse/ Pflegekasse: _____ Versicherungsnummer: _____

Pflegegrad: _____ seit: _____ wurde beantragt am: _____
(Bescheide der Pflegekasse in Kopie beifügen)Tagespflege wurde beantragt: ja, am _____ neinKurzzeitpflege/Verhinderungspflege beantragt: ja, am _____ nein

Wurde im lfd. Kalenderjahr bereits eine Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege in Anspruch genommen:

 ja, bereits _____ Tage nein

Ich bestätige, dass die Einrichtungskosten aufgebracht werden durch:

 Rente _____ Euro/Monat (Rentenbescheide in Kopie beifügen) oder Einkommen/ Vermögen Sozialhilfe (Antrag in Kopie beifügen) beantragt am: _____ Sonstige (Bescheid in Kopie beifügen): _____

Ich wurde darüber informiert, dass wenn bei Veränderungen der Kostensätze, durch Wegfall des Besitzstandsschutzes, etc. mein Einkommen nicht ausreicht, ich verpflichtet bin, den Sozialhilfeträger/ Kostenträger zu informieren, bzw. einen Antrag auf finanzielle Unterstützung zu stellen.

RechnungslegungDie Rechnung soll per Post oder per Email wie folgt ausgestellt werden: Bewohner:in/ Gast Bevollmächtigte:r Betreuer:in (Urkunde bzw. Vollmacht in Kopie beifügen)

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

PLZ _____ Ort _____

Straße und Hausnummer _____

Telefonnummer: privat: _____ mobil: _____

Email: _____

Erstellt durch: Juliane Hoth Erstellt am: 19.10.2023	Überarbeitet von: Juliane Hoth Überarbeitet am: 19.10.2023	Geprüft durch: Mario Lehmann Geprüft am: 19.10.2023	Freigegeben durch: René Schulz Freigegeben am: 19.10.2023	Version: 1	Seite 3 von 4
---	---	--	--	----------------------	-------------------------

Hausarzt vor Heimaufnahme:

Name: _____

Anschrift der Praxis: _____

Telefonnummer: _____ Fax _____

Der ärztliche Fragebogen ist Bestandteil der Anmeldung zur Aufnahme in eine Pflegeeinrichtung und muss durch den Hausarzt/ die Hausärztin ausgefüllt werden. Ohne den ärztlichen Fragebogen ist eine Heimaufnahme nicht möglich!

Die Angaben sind richtig und vollständig. Mir ist bekannt, dass nachträgliche Änderungen/Ergänzungen der Einrichtungsleitung vor Aufnahme bzw. unverzüglich nach Bekanntwerden anzuzeigen sind und dass unvollständige Angaben oder Unterlagen die Aufnahme ggf. zeitliche verzögern können.

Ort, Datum

Bewohner:in/ gesetzl. Betreuer:in/ Bevollmächtigte:r

¹ Im Falle des Todes der aufnehmenden Person sind genannte Personen zu benachrichtigen.

² Die Einrichtung stellt den Nachlass, soweit möglich, durch räumlichen Verschluss sicher. Unbeschadet einer etwaigen letztwilligen Verfügung oder der gesetzlichen Erbfolge, sollen die Sachen der Bewohner:in/ des Gastes an die genannten Personen ausgehändigt werden. Mit diesen Personen darf, ebenfalls unbeschadet einer etwaigen letztwilligen Verfügung oder der gesetzlichen Erbfolge, auch eine Endabrechnung aus dem Vertrag vorgenommen werden.