

VERBINDLICHE ANMELDUNG
im Alten- und Pflegeheim Schiffweiler/Heiligenwald, Haus St. Martin



- zur Langzeitpflege ab _____
 zur Kurzzeitpflege vom _____ bis _____
 zur Tagespflege ab/an den Tagen _____
 Reservierung ab _____

Zimmer : EZ DZ Zimmer- Nr: _____

Name: _____	Vorname: _____
Geburtsname: _____	Geburtsdatum: _____
Geburtsort: _____	Familienstand: _____
Staatsangeh.: _____	Konfession: _____
Namenstag: _____	Beruf: _____
Krankenkasse: _____	Pflegegrad: _____
Versicherungs-Nr.: _____	MDK-Begutachtung: _____
Hausarzt: _____	Bescheid häusl. Pflege (Kopie) : <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Adresse: _____	
Telefon/Fax: _____	

Nächste/r Angehörige/r

Name: _____
 Straße: _____
 PLZ, Ort: _____
 Tel.nr.: _____
 Mobil-Nr.: _____
 Familienzugeh.: _____

Rechnungsempfänger/in

Name: _____
 Straße: _____
 PLZ, Ort: _____
 Tel.nr.: _____
 Mobil-Nr.: _____
 Familienzugeh.: _____

Letzte Adresse des Bewohners

Eigene Wohnung (bitte unbedingt ausfüllen)

Straße: _____
 PLZ: _____
 Ort: _____

Krankenhaus/ Klinik _____
(Name und Anschrift)
 bei Heimwechsel _____
(Name und Anschrift)

Antrag gestellt bei Sozialamt ja Wo? _____ nein

Beratung zur Beantragung der Sozialhilfe erfolgt? ja nein Pflegesatz: _____

Rentenbescheid liegt vor? ja nein Rente: _____

Rentenüberleitung: ja nein Pflegegeld: _____

Lastschriftinzug: ja nein Heimkosten: _____

Barbetrag: Heim Selbstverwaltung
 Höhe der Bareinzahlung: _____ Euro

Von welcher Apotheke wurden Sie in der Vergangenheit versorgt?

Von welcher Apotheke möchten Sie während der Heimversorgung versorgt werden?

Für den/die Bewohner/in Herr/Frau _____ wird zur Versorgung mit Medikamenten folgendes Apotheke festgelegt:

_____.

Hinweis:

Für unsere Bewohner, welche notfallmäßig aufgenommen werden oder welche aufgrund bspw. einer Demenz keine freie Wahl einer Apotheke mehr treffen können, haben wir eine Kooperationsvereinbarung nach § 12a Apothekengesetz mit der Thomas-Mann-Apotheke, Hüngersbergstraße 1, 66578 Schiffweiler abgeschlossen. Hierzu liegt auch eine Genehmigung der zuständigen Behörde vor.

INFORMATION

Pflegemittelpauschale (_____ €) ja nein

Umgang mit der Post: ja nein

Weiterleitung an: _____

Bestellungsurkunde (Betreuung): ja nein

Vorsorgevollmacht: ja nein

Generalvollmacht: ja nein

Besteht eine Haftpflichtversicherung? ja nein

Zimmerschlüssel erwünscht? ja nein

Information über Freiheitsrechte erfolgt? ja nein

Telefon erwünscht? ja nein

Fernseher? nur bei KZP ja nein

WEITERE INFORMATIONEN / BENÖTIGTE UNTERLAGEN

Versicherungskarte: ja nein

Befreiungskarte für Rezeptgebühr: ja nein

Ärztlicher Fragebogen: ja nein

Attest (frei von ansteckenden Krankheiten): ja nein

Inkontinenzattest: ja nein

- Kopie Personalausweis: ja nein
- Geburts- oder Heiratsurkunde: ja nein
- Polizeiliche Abmeldung: ja nein
- Wäschenamen (Pauschale _____ €) ja nein
- An-/Ummeldung GEZ: ja nein

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

Datum für das Alten- und Pflegeheim für die/den Heimbewohner/in /gesprachen mit