

Verteiler:

Pflege

BD

Anmeldung

Angaben zur Person

| | |
|---|----------------------|
| Vorname(n): | Name: |
| Geburtsname: | Geburtsdatum: |
| Geburtsort/ Kreis: | Staatsangehörigkeit: |
| Familienstand: <input type="checkbox"/> ledig <input type="checkbox"/> verheiratet <input type="checkbox"/> verwitwet seit: <input type="checkbox"/> geschieden seit: | |
| Konfession: | |

Gewünschte Unterbringung:

| | |
|---|---|
| Geplantes Zimmer: | |
| <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege (von- bis): | <input type="checkbox"/> Vollstat. Aufnahme ab: |

Polizeilich gemeldeter Hauptwohnsitz:

| | |
|-----------|------|
| Straße: | |
| PLZ/ Ort: | Tel: |

Anschriften der Angehörigen/ Vertrauenspersonen:

| Name, Vorname | Wie verwandt? | Anschrift (Straße, PLZ, Ort) | Telefon |
|---------------|---------------|------------------------------|---------|
| | | | |
| | | | |

Gesetzliche Betreuung/ Vollmacht:

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> gesetzl. Betreuung <input type="checkbox"/> beantragt am: <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Patientenverfügung | Name, Anschrift, Telefon BetreuerIn/ Bevollmächtigte: |
|--|--|

Krankenkasse:

| | |
|--------------------------|------------------|
| Krankenkasse: | |
| Straße: | PLZ/ Ort: |
| Versicherungsverhältnis: | Mitgliedsnummer: |

Pflegestufe:

| | |
|---|--|
| Pflegestufe: <input type="checkbox"/> null <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 | Datum des Bescheides: |
| Einstufung bzw. Höherstufung: <input type="checkbox"/> wurde beantragt am | <input type="checkbox"/> muss beantragt werden |

Preisübersicht vollstationäre Pflege ab 01.12.2014

| Pflegestufe | Pflegebed. Aufwand | Unterkunft | Verpflegung | Investitionskosten | Ausbildungsvergütung | Gesamtheimentgelt pro Tag |
|-----------------------------|--------------------|------------|-------------|--------------------|----------------------|---------------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | 31,35€ | 10,45€ | 6,98€ | 7,08€ | 2,16€ | 58,02€ |
| <input type="checkbox"/> 1 | 44,78€ | 10,45€ | 6,98€ | 7,08€ | 2,16€ | 71,45€ |
| <input type="checkbox"/> 2 | 62,70€ | 10,45€ | 6,98€ | 7,08€ | 2,16€ | 89,37€ |
| <input type="checkbox"/> 3 | 80,62€ | 10,45€ | 6,98€ | 7,08€ | 2,16€ | 107,29€ |
| <input type="checkbox"/> 3+ | 92,72€ | 10,45€ | 6,98€ | 7,08€ | 2,16€ | 119,39€ |

Kostenrechnung bei 31 Tagen, Abrechnung erfolgt taggenau

| Pflegestufe | Gesamtbetrag | abzüglich Anteil Pflegekasse | Eigenanteil |
|-----------------------------|--------------|------------------------------|-------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | 1.798,62€ | --€ | =1.798,62€ |
| <input type="checkbox"/> 1 | 2.214,95€ | - 1.064,00€ | =1.150,95€ |
| <input type="checkbox"/> 2 | 2.770,47€ | -1.330,00€ | =1.440,47€ |
| <input type="checkbox"/> 3 | 3.325,99€ | -1.612,00€ | =1.713,99€ |
| <input type="checkbox"/> 3+ | 3.701,09€ | 1.995,00€ | =1.706,09€ |

Preisübersicht Kurzzeitpflege

Kostenrechnung bei 28 Tagen, Abrechnung erfolgt taggenau

| Pflegestufe | Gesamtbetrag | abzgl. Anteil Pfl. kasse | Gesamt Eigenanteil |
|----------------------------|--------------|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> 0 | 1.624,56€ | -- | =1.624,56€ |
| <input type="checkbox"/> 1 | 2.000,60€ | -1.314,32€ | =686,28€ |
| <input type="checkbox"/> 2 | 2.502,36€ | -1.612,00€ | =890,36€ |
| <input type="checkbox"/> 3 | 3.004,12€ | -1.612,00€ | =1.392,12€ |

| | |
|---|---|
| Hiermit verpflichte ich mich, für den Fall der Heimaufnahme, die durch den Aufenthalt im Seniorenheim St. Vinzenz entstehenden Kosten in voller Höhe, für die Dauer der Zahlungspflicht als Selbstschuldner zu übernehmen und im Voraus, spätestens bis zum 15. des Monats zu bezahlen. | |
| Vorname: | Name: |
| Straße: | |
| PLZ/ Ort: | |
| Unterschrift Bewohner | Unterschrift Bevollmächtigter/ Betreuer |

Die Heimkosten werden aufgebracht durch:

Zuschuss der Pflegekasse

Der verbleibende Restbetrag wird aufgebracht durch:

Monatliches Einkommen (z.B. Rente)

Zuzahlung aus Barvermögen oder sonstigen Einkünften (z.B. Sparguthaben)

Leistungen des Sozialamtes beantragt:

Sozialamt:

Straße

PLZ/ Ort:

Der Kostenübernahmebescheid liegt bei

wird nachgereicht

wurde beantragt am:

muss noch beantragt werden

Erforderliche Unterlagen/ Erledigungen vorm bzw. beim Einzug in unsere Einrichtung:

Verwaltung:

Ärztlicher Fragebogen, letzter Arztbrief inkl. Ärztliches Attest gem. §36 IfSG

Befreiungsausweis bzgl. Zuzahlung bei Medikamenten (falls vorhanden)

Versicherungskarte der Krankenkasse

Pflegeeinstufungsbescheid bzw. Beantragung

Aktueller Rentenbescheid

Antrag Sozialhilfe/ Bescheid Kostenübernahme Sozialamt

Formular zur Rentenüberleitung

Formular für Bankeinzug

Betreuerausweis

Patientenverfügung/ Betreuungsvollmacht

Biographiebogen

Personalausweis/ Reisepass

Herzschrittmacherausweis

Wohnbereich:

Kleidung für ca. 7 Tage

Rollstuhl/ Rollator

Medikamente

Medikamentenverordnungsblatt, m. Unterschrift vom Arzt

Inkontinenzmaterial (nur bei Kurzzeitpflege)

Ich versichere, alle Angaben wahrheitsgemäß gemacht zu haben.

Ort, Datum

Unterschrift Antragsteller

Betreuer/ Bevollmächtigter

Hausarzt:

| | |
|-----------|---------|
| Name: | Straße: |
| PLZ/ Ort: | Tel: |

Ärztlicher Fragebogen

(Vom behandelnden Arzt auszufüllen)

| | |
|-------|----------|
| Name: | Vorname: |
| Geb.: | |

Bestehen **ansteckende Krankheiten** (TBC, Hepatits, MRSA, ...)?

| | |
|--|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja, folgende: | <input type="checkbox"/> nein |
|--|-------------------------------|

Diagnosen

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Aktuelle Medikation

| Medikament/ Verabreichungsform | morgens | mittags | abends | nachts | Bemerkungen |
|--------------------------------|---------|---------|--------|--------|-------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Allergien/ Unverträglichkeiten

| |
|--|
| |
| |
| |

Stimmungslage

| |
|--|
| |
| |

Hautzustand

| |
|--|
| |
| |

Dekubitus

| | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Wenn Ja, wo? | |

Ernährung

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Normale Kost | <input type="checkbox"/> passierte Kost | <input type="checkbox"/> Sondenernährung |
| <input type="checkbox"/> Sonstiges | | |

Ausscheidung

| | | | |
|-------------------|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Harninkontinenz: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |
| Stuhlinkontinenz: | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> gelegentlich |

Hilfsmittel

| |
|--|
| |
| |

Hinweise/ Ergänzungen

| |
|--|
| |
| |
| |
| |
| |
| |

Ärztliche Betreuung erfolgt im Heim auch weiterhin von Ihnen

| | |
|-----------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
|-----------------------------|-------------------------------|

Dieses Gutachten beruht auf einer persönlichen Untersuchung der aufzunehmenden Person.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes