

Anmeldung

Verteiler:

Pfleger

BD

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:

Pflegegrad:

Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	Datum des Bescheides:
Einstufung bzw. Höherstufung: <input type="checkbox"/> wurde beantragt am <input type="checkbox"/> muss beantragt werden	

Preisübersicht vollstationäre Pflege 01.01.2025 – 30.09.2025

Pflege-grad	Einrichtungseinh. Eigenant.	Unterkunft	Verpflegung	Investitionskosten	Ausbildungsvergütung	Ausbildungsumlagezuschlag	Gesamtheim-entgelt pro Tag
1	55,80€	20,17€	13,44€	19,02€	0,00€	3,86€	112,29€
2-5	54,34€	20,17€	13,44€	19,02€	0,00€	3,86€	110,83€

Kostenrechnung auf der Basis 30,42 Tage pro Monat

Pflegegrad	Eigenanteil
1	=3.415,86€
2-5	=3.371,45€ (./ § 43c 15 % = 3.105,90€)

Preisübersicht Kurzzeitpflege

Kostenrechnung bei 28 Tagen, Abrechnung erfolgt taggenau

Pflegegrad	Eigenanteil
1	=3.264,80€
2	=1.990,12€
3	=2.463,32€
4	=2.956,68€
5	=3.178,44€

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:

<input type="checkbox"/> Zuschuss der Pflegekasse
Der verbleibende Restbetrag wird aufgebracht durch:
<input type="checkbox"/> Monatliches Einkommen (z.B. Rente)
<input type="checkbox"/> Zuzahlung aus Barvermögen oder sonstigen Einkünften (z.B. Sparguthaben)
<input type="checkbox"/> Leistungen des Sozialamtes beantragt:
Sozialamt:
Straße
PLZ/ Ort:
Der Kostenübernahmebescheid <input type="checkbox"/> liegt bei <input type="checkbox"/> wird nachgereicht <input type="checkbox"/> wurde beantragt am: <input type="checkbox"/> muss noch beantragt werden

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

<p><u>Verwaltung:</u></p> <input type="checkbox"/> Ärztlicher Fragebogen, letzter Arztbrief inkl. Ärztliches Attest gem. §36 IfSG <input type="checkbox"/> Befreiungsausweis bzgl. Zuzahlung bei Medikamenten (falls vorhanden) <input type="checkbox"/> Versicherungskarte der Krankenkasse <input type="checkbox"/> Pflegeeinstufungsbescheid bzw. Beantragung <input type="checkbox"/> Aktueller Rentenbescheid <input type="checkbox"/> Antrag Sozialhilfe/ Bescheid Kostenübernahme Sozialamt <input type="checkbox"/> Formular zur Rentenüberleitung <input type="checkbox"/> Formular für Bankeinzug <input type="checkbox"/> Betreuerausweis <input type="checkbox"/> Patientenverfügung/ Betreuungsvollmacht <input type="checkbox"/> Biographiebogen <input type="checkbox"/> Personalausweis/ Reisepass <input type="checkbox"/> Herzschrittmacherausweis
<p><u>Wohnbereich:</u></p> <input type="checkbox"/> Kleidung für ca. 7 Tage <input type="checkbox"/> Rollstuhl/ Rollator <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Medikamentenverordnungsblatt, m. Unterschrift vom Arzt <input type="checkbox"/> 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