

Anmeldung zur Heimaufnahme

- Pflegebereich
 Appartementbereich
- Einbettzimmer
 Zweibettzimmer
- Dauerhaft
 Kurzzeitpflege von _____

1. Persönliche Angaben des Antragsstellers

_____	_____	_____
Name	Vorname	Geburtsdatum
_____	_____	_____
Geburtsname	Geburtsort	Familienstand
_____	_____	_____
Straße Hausnummer	PLZ Wohnort	Konfession
Eingehende Post	<input type="checkbox"/> an Bewohner/in aushändigen <input type="checkbox"/> in der Verwaltung hinterlegen	
Schwerbehindertenausweis	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja _____%
Zuzahlungsbefreit	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Wenn ja bitte unbedingt Kopie beilegen		
<input type="checkbox"/> Normal Vollkost <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> sonstiges _____		

2. Angehörige / Ansprechpartner

_____	_____	_____
Name	Vorname	Telefon Privat
_____	_____	_____
Straße Hausnummer	PLZ Wohnort	Mobil Telefon
_____	_____	_____
Verwandtschaftsgrad	e- Mail	Telefon dienstl.
<input type="checkbox"/> Hauptansprechpartner		

Weitere Angehörige / Ansprechpartner

_____	_____	_____
Name	Vorname	Telefon Privat
_____	_____	_____
Straße Hausnummer	PLZ Wohnort	Mobil Telefon
_____	_____	_____
Verwandtschaftsgrad	e- Mail	Telefon dienstl.
<input type="checkbox"/> Hauptansprechpartner		

3. Gesetzliche Betreuung / Vollmachten / Patientenverfügung

Es besteht eine gesetzliche Betreuung nach dem Betreuungsgesetz ja nein
 Wenn ja bitte unbedingt Kopie beilegen

Es besteht eine privatrechtliche Generalvollmacht ja nein
 Wenn ja bitte unbedingt Kopie beilegen

Es besteht eine Patientenverfügung ja nein
 Wenn ja bitte unbedingt Kopie beilegen

Gesetzlicher Betreuer

 Name Vorname Telefon

 Straße Hausnummer PLZ Wohnort Mobil Telefon

 e-Mail Telefax

4. Versicherungen / Krankenkasse / Pflegekasse / Beihilfe

Pflegegrad beantragt? nein ja am: _____ durch: _____

Pflegegrad 1 2 3 4 5 seit: _____

Bescheid der Pflegekasse liegt vor ja nein
 Wenn ja bitte Kopie beilegen

Es wurde bei der Pflegekasse ein Antrag auf stationäre Pflege gestellt ja nein
 Wenn ja, wann _____

Es wurde bei der Pflegekasse ein Antrag auf Kurzzeitpflege gestellt ja nein
 Wenn ja, wann _____

Kostenübernahmeerklärung der Pflegekasse liegt vor ja nein
 Wenn ja bitte Kopie beilegen

Krankenkasse _____

Pflegekasse _____

Versichertennummer _____

5. Hausarzt

 Name Vorname Telefon Praxis

 Straße Hausnummer PLZ Wohnort Telefax Praxis

Weiterbehandlung wird im Heim fortgeführt
 (Bitte im Vorfeld mit Hausarzt klären) ja nein Arzt durch Heim

6. BestattungsvorsorgeBestattungsvorsorgevertrag ja Nein

Bestattungsunternehmen: _____

7. Finanzierung der monatlichen Heimkosten

bitte entsprechendes Beiblatt ausfüllen

 Eigenfinanzierung Sozialhilfe AndereBeihilfeberechtigt ja nein

Wenn ja bitte Anschrift der Abrechnungsstelle eintragen

Rechnungsempfänger: Bewohner Betreuer AngehörigeDas monatliche Einkommen des Antragstellers übersteigt 1874,00 €
(Mittelwert der durchschnittlichen Pflegekosten Pflegegrad 2-5) ja nein das monatliche Einkommen beträgt: _____ €Sozialhilfeantrag wurde gestellt nein ja am: _____ durch: _____

Wenn ja bitte Antragskopie beilegen

Ich versichere die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Das Landhaus Sabrina ist jederzeit berechtigt, die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben zu prüfen. Die Angaben sind für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß das Landhaus Sabrina personenbezogene Daten nach den Vorschriften des dritten Abschnitts des Bundesdatenschutzgesetzes in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

Ort Datum_____
Unterschrift Antragsteller_____
Datum

Landhaus Sabrina

Betreuer

zur internen Bearbeitung					
Einzug	Zimmer	Getränke	Friseur	Podologie	SEPA Lastschrift
		<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			

2 Angaben zu Vermögensverhältnissen

- Ich verfüge über kein Vermögen
- Ich verfüge über folgende Vermögenswerte:

Bank- und Sparguthaben, Wertpapiere, Sparbriefe, Festgelder

- | | | |
|--|---|-------|
| <input type="checkbox"/> Girokontenguthaben | € | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sparguthaben | € | _____ |
| <input type="checkbox"/> Wertpapiere | € | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sparbriefe | € | _____ |
| <input type="checkbox"/> Festgelder | € | _____ |
| <input type="checkbox"/> Sonstige Bankguthaben | € | _____ |

Haus und Grundbesitz

Eigentumsanteil

Einheitswert

- | | | |
|--|---------|-------|
| <input type="checkbox"/> Einfamilienhaus | _____ % | _____ |
| <input type="checkbox"/> Mehrfamilienhaus | _____ % | _____ |
| <input type="checkbox"/> Eigentumswohnung | _____ % | _____ |
| <input type="checkbox"/> unbebautes Grundstück | _____ % | _____ |
| <input type="checkbox"/> sonstige _____ | _____ % | _____ |

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach besten Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Das Landhaus Sabrina ist jederzeit berechtigt, die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben zu prüfen. Die Angaben sind für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt.

Ich erkläre mich damit einverstanden, daß das Landhaus Sabrina für eigene Geschäftszwecke personenbezogene Daten nach Vorschriften des dritten Abschnitts des Bundesdatenschutzgesetzes in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

Ort Datum

Unterschrift Antragsteller

- Belege eingesehen
- Belege werden als Anlage beigegeben

Ort Datum

Unterschrift Mitarbeiter