

Anmeldung zur Heimaufnahme

Caritashaus Katharina Labouré, Mönchhofstraße 28/30, 69120 Heidelberg

Nachname:

(Kopie des Personalausweises beifügen)

Geburtsname:

Vorname(n):

(Rufname bitte ggf. unterstreichen)

Geburtsdatum:

Geburtsort (und ggf. Land):

Adresse:

Telefon:

Mobiltelefon:

E-Mail-Adresse:

Familienstand (u. ggf. seit wann):

Religion/Konfession:

Staatsangehörigkeit

Sprachen:

:

Derzeitiger Aufenthaltsort, sofern nicht zu Hause:

Bitte ggf. Ort/Adresse des Krankenhauses oder
Pflegeheimes angeben bzw. des Haushaltes

Hinweis: Bitte bei den nachfolgenden Kontaktdaten jeweils die zutreffende(n) Kennziffer(n) ankreuzen!

Kennziffern

①

bevollmächtigt (bitte Vollmacht im Original vorlegen)

②

amtlich bestellte/r Betreuer/in (bitte Betreuerausweis im Original

③

bei Krisen (z. B. Krankenhauseinweisung) benachrichtigen

④

bei Krisen auch nachts benachrichtigen

⑤

Rechnungsempfänger/in

⑥

Ansprechpartner nach Ende der gesetzlichen Betreuung

⑦

Unterzeichnende/r dieser Anmeldung

1. Vor- und Zuname :

Verwandtschaftsgrad

Adresse:

Kontakt:

Telefon privat

Telefon geschäftlich

Mobiltelefon

E-Mail

zutreffende Kennziffern (bitte ankreuzen ☒):

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

2. Vor- und Zuname :

Verwandtschaftsgrad

Adresse:

Kontakt:

Telefon privat

Telefon geschäftlich

Mobiltelefon

E-Mail

zutreffende Kennziffern (bitte ankreuzen ☒):

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

3. Vor- und Zuname : _____ Adresse: _____ Kontakt: _____ Telefon privat _____ Telefon geschäftlich _____ Mobiltelefon _____ E-Mail _____	Verwandtschaftsgrad _____
zutreffende Kennziffern (bitte ankreuzen ⊗): ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	
4. Vor- und Zuname : _____ Adresse: _____ Kontakt: _____ Telefon privat _____ Telefon geschäftlich _____ Mobiltelefon _____ E-Mail _____	Verwandtschaftsgrad _____
zutreffende Kennziffern (bitte ankreuzen ⊗): ① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦	
Aufnahme zur ☐ Kurzzeitpflege/Verhinderungspflege von ... bis: _____ Kurzzeit- oder Verhinderungspflege wurde in diesem Kalender- jahr bereits in Anspruch genommen: ☐ Nein ☐ Ja, _____ Tage ☐ vollstationären Pflege bereits bei Pflegeversicherung beantragt (Nachweis bitte vorlegen) ☐ Nein ☐ Ja	
Patientenverfügung vorhanden: ☐ Nein ☐ Ja (bitte vorlegen) Kranken- / Pflegeversicherung: Versichertennummer:	
Bemerkungen (z. B. zu Versicherungsart, Versicherung über Sozialamt): Beihilfeanspruch: ☐ Nein ☐ Ja, _____ % Pflegegrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ keiner ☐ Antrag gestellt am: _____ (Nachweis bitte	
Eilantrag über Krankenhaus-Sozialdienst: ☐ Nein ☐ Ja (bei Eilantrag wird der Pflegegrad 3 in der Kurzzeitpflege zugrunde gelegt)	

Kurzzeitpflege ohne Pflegegrad im Anschluss an Krankenhausaufenthalt bei der Krankenkasse beantragt (§ 39c SGB V):

☐

Nein

☐

Ja

**Bitte Antrag
vorlegen**

Schwerbehinderung:

(Bitte Ausweis vorlegen)

☐

Nein

☐

Ja

**Liegen Genehmigungen bezüglich
freiheitseinschränkender Maßnahmen (bspw.
Bettgitter) vor:**

☐

Nein

☐

Ja

bitte vorlegen

**Angaben zum monatlichen
Einkommen:**

Einkommensart	Zahlende Stelle	Einkommenshöhe

Kostenträger: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

☐

Pflegeversicherung **(Bitte Bewilligung vorlegen)**

☐

das oben angeführte monatliche Einkommen **(Bitte Rentenbescheide beifügen)**

☐

Zuzahlung aus Barvermögen

☐

Unterstützung durch Sozialhilfeträger

Zuständiges Sozialamt:

(bitte Nachweis vorlegen)

☐

Unterstützung durch Sozialhilfeträger ist beantragt

Datum der Antragstellung:

(bitte Nachweis vorlegen)

☐

Wohngeld über Wohngeldstelle

Datum der Antragstellung:

(bitte Nachweis vorlegen)

Liegt eine Zuzahlungsbefreiung vor?

☐ **Nein**

☐ **Ja (Bitte beifügen)**

Hausarzt:

Name, Anschrift,
Telefon u. Fax

☐ Fortsetzung der Betreuung erwünscht

☐ Wechsel zu Arzt _____ / Kooperationsarzt des Heimes erwünscht

Zahnarzt:

Name, Anschrift,
Telefon u. Fax

Facharzt:**1.**

jeweils Name,
Fachgebiet,

Anschrift, Telefon
u. Fax

2.**3.**

Ist die Besiedlung/Infektion mit
problematischen Keimen bekannt:
(wenn ja: Art/Lokalisation)

Nein ☐

Ja ☐

Gewünschter Einzugsstermin / Ergänzungen / Bemerkungen:

Im Sterbefall: Bestattungsart / Bestattungsinstitut:

Ort, Datum:

Unterschrift:

Bitte legen Sie der Anmeldung folgende Dokumente bei:

- | | |
|--|---|
| ☐ Personalausweis | ☐ Medikationsplan |
| ☐ Patientenverfügung | ☐ Impfnachweis |
| ☐ Krankenversichertenkarte | ☐ ärztlicher Fragebogen |
| ☐ Zuzahlungsbefreiungskarte | ☐ Fragebogen zur Biografie |
| ☐ Vollmacht im Original | ☐ Schwerbehindertenausweis |
| ☐ Betreuerausweis (sofern vorhanden) | ☐ SEPA-Lastschriftmandat |
| ☐ Betreuungsbeschluss (sofern vorhanden) | |
| ☐ Rentenbescheid | |
| ☐ Wohngeldbescheid | |
| ☐ Nachweis und/oder Anträge Pflegekasse | |
| ☐ Bescheid über aktuellen Pflegegrad (sofern vorhanden) | |
| ☐ Bescheid und/oder Antrag Sozialhilfeträger | |

Sollten Sie Ihre Anmeldung zum Heimeinzug zurückziehen, bitten wir um umgehende Benachrichtigung.