



Teil 2 zur Aufnahme ins Heinrich-Zschokke-Haus e.V.

Tagespflege Kurzzeitpflege Vollzeitpflege Verhinderungspflege

1. Angaben zur Person

Bitte Kopie Personalausweis beilegen!

Name: Vorname:

PLZ Ort Straße:

E-Mail: Telefon:

Geburtsname; Geburtsort; Geburtsdatum:

Staatsangehörigkeit:

Familienstand: verheiratet verwitwet geschieden ledig

Schwerbehindertenausweis vorhanden: Ja Nein

Aufnahme erforderlich ab:

Aufenthaltsdauer: von..... bis.....

Konfession: Beruf:

Einzelzimmer mit gemeinsamer Badnutzung Doppelzimmer / Dusche

Kommen Sie selbst für die Heimkosten auf?

Nein, das Sozialamt wird die Kosten tragen

Nein, die Kosten werden vom Vollmachtnehmer getragen

Ich erteile SEPA-Lastschriftmandat Ja Nein

Bitte versäumen Sie nicht, gleichzeitig mit der Bestätigung bei Ihrer Pflegekasse einen **Antrag auf Leistungen aus der Pflegeversicherung** zu stellen. Stellen Sie zusätzlich ggf. einen entsprechenden Antrag bei Ihrem zuständigen Sozialamt.

2. Kranken-bzw. Pflegekasse

Pflegegrad: 1 ... 2 ... 3 ... 4 ... 5 Bitte Pflegegradbescheid beilegen!

Pflegegrad beantragt am: bestätigt am:

Pflegekasse: Adresse:

PLZ Ort Straße:

Versicherungsnummer:

Tel. Pflegekasse: Fax Pflegekasse:.....

- Ärztliche Diagnosen:

Entlassungsbrief Krankenhaus / Reha Medikation Pflegedokumentation Sonstiges

Wurde der Antrag bei der Pflegekasse gestellt Ja Nein Datum:

Beziehen Sie Ergänzungsleistungen für eingeschränkte Alltagskompetenz

nach § 43b (alt § 87b) Ja Nein Bitte Kopie Anspruchsbescheid beifügen!

Zuzahlungsbefreit Ja Nein

Bestehen gerichtliche Betreuungen? Ja Nein Beantragt

3. Angaben zum Vollmachtnehmer

Bitte Kopie der Vollmacht beilegen!

- Angaben zum gesetzlichen Betreuer:

Name: Vorname:

PLZ Ort Straße:

E-Mail:

Generalvollmacht Vorsorgevollmacht Betreuungsvollmacht Patientenverfügung

- Angaben der Angehörigen:

Name: Vorname:

PLZ Ort Straße:

E-Mail: Telefon:.....

Beziehungsverhältnis (Sohn, Tochter, etc.):

Generalvollmacht Vorsorgevollmacht Betreuungsvollmacht Patientenverfügung

- Angaben zum behandelnden Hausarzt: Ärztliche Betreuung ist **nicht** vorhanden!

Name:

PLZ Ort Straße:

Telefon: Fax:

Fachrichtung: E-Mail:

Ist der Antragsteller frei von ansteckenden Krankheiten? Ja Nein

Liegt eine ansteckende Tuberkulose der Atmungsorgane vor? Ja Nein

Hausbesuche ins Heinrich-Zschokke-Haus? Ja Nein nicht sicher

- Angaben zum behandelnden Neurologen:

Name:

PLZ Ort Straße:

Telefon: Fax:

E-Mail:

Hausbesuche ins Heinrich-Zschokke-Haus Ja Nein nicht sicher

- Angaben zu weiteren Kontaktpersonen (z.B. Pflegedienst):

Name: Vorname:

PLZ Ort Straße:

Telefon: E-Mail:

4. Wie dringend ist die Aufnahme?

sehr dringend, da keine Angehörigen vorhanden sind

sehr dringend, da ich mich derzeit im Krankenhaus befinde
und allein nicht mehr Zurecht komme.

dringend, da meine Angehörigen mit der Pflege überlastet sind

weniger dringend; dieser Antrag ist lediglich eine unverbindliche Anfrage

5. Hinweise für die Einrichtung

Wir wünschen für unseren Aufenthalt folgende Leistungen:

- Oberbekleidung waschen im Haus durch Angehörige
- Sonderwäsche (Wolle oder Feinwäsche)
- Näharbeiten-, Reparaturen
- Sonderkostform durch die Küche
- Verwahrgeldkonto (Taschengeld für Frisör etc.)
- Telefonanschluss für die Dauer des Aufenthaltes pauschal 15,00 € Monat
- Benötigen Sie mobile Hilfsmittel wie Rollator Rollstuhl sonstiges

6. Datenschutzbestimmungen

Einverständniserklärung / Kenntnisnahme

Ich bin damit einverstanden, das dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) vorhandene ärztliche Berichte, Gutachten und Befunddokumentationen zur Einsichtnahme zur Verfügung gestellt werden. Mir ist bekannt, das der MDK zu einem Hausbesuch bei mir verpflichtet ist. Aus Datenschutzgründen sind wir verpflichtet, Ihnen mitzuteilen, das die Erhebung der personenbezogenen Daten auf § 28 SGB XI beruht. Damit wir unseren Auftrag erfüllen können, ist Ihre Mitwirkung erforderlich. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Aufnahme und Leistungsgewährung führen.

Ort, Datum Unterschrift Antragsteller / Bevollmächtigter:

Ggf. Datum, Unterschrift ihres Lebens-oder Ehepartners

Ggf. Datum, Unterschrift des Betreuers

Bitte füllen Sie das Formular möglichst vollständig aus. Ihre Angaben
(Anmeldung zur Aufnahme plus Ärztlicher Bericht) werden an unsere zuständige
Pflegedienstleitung weitergeleitet.

Wir bitten um Geduld bezüglich einer Rückmeldung.

Die Bearbeitung dauert in der Regel mindestens 5 Werktage.

Vielen Dank für Ihr Verständnis.