

# Heimaufnahmeantrag

stationärer Altenpflegebereich des DICV Fulda



## Personalien

Name	Vorname	Geburtsname
Anschrift		
Geburtsdatum	Geburtsort	Telefon
Staatsangehörigkeit	Konfession	Familienstand
Derzeitiger Aufenthaltsort (falls von oberer Anschrift abweichend)	<input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Krankenhaus	<input type="checkbox"/> Reha-Klinik
Dauer des Aufenthalts: von:                                  bis:	Anschrift	Telefon

## Angehörige des Antragstellers

Name, Vorname	Verwandtschaftsgrad	Anschrift	Telefon (Festnetz / Handy)	Information in der Nacht?

Bitte kreuzen Sie die Angehörigen in der letzten Spalte an, die im Falle einer schweren Erkrankung auch nachts verständigt werden sollen.

## Amtliche Betreuung

Name, Vorname	Anschrift	Telefon
durch (Amtsgericht)	Beschlussdatum	Aktenzeichen
Wirkungskreis		

Falls keine amtliche Betreuung vorliegt:  
Besitzen Sie eine Altersvorsorgevollmacht?     JA     NEIN

WENN JA: Name, Vorname des Bevollmächtigten	Anschrift des Bevollmächtigten	Tel.Nr. des Bevollmächtigten
---	--------------------------------	------------------------------

## Hausarzt

Name, Vorname	Anschrift	Telefon / Fax
---------------	-----------	---------------

DICV-4-1-1-FB-2-2	Erstellung	Prüfung	Freigabe
Datum	14.09.2004	12.07.2013	Juli 2013
Name/ Gremium	Referentin für Qualitätsentwicklung	Referentin für Qualitätsentwicklung / Portalis	Heim- und Pflegedienstleitung
Unterschrift	S. Müller	S. Müller, K. Engelter, A. Sulzbach	

**Heimaufnahmeantrag**

stationärer Altenpflegebereich des DICV Fulda

**Krankenversicherung**

Name	Anschrift	Mitgliedsnummer
Art des Versicherungsverhältnisses	<input type="checkbox"/> pflichtversichert <input type="checkbox"/> freiwillig versichert	

**Pflegeversicherung**

Name	Anschrift	
Sind Sie von der Pflegekasse bereits in eine Pflegestufe eingestuft?	<input type="checkbox"/> JA in Pflegestufe _____ <input type="checkbox"/> NEIN	Bescheid der Pflegekasse bitte in Kopie beifügen!
Wenn Nein, wurde ein Antrag auf Einstufung gestellt?	<input type="checkbox"/> JA , am: _____ <input type="checkbox"/> NEIN	

**Kostenträger**

<input type="checkbox"/> Selbstzahler	<input type="checkbox"/> Rentenbescheid liegt bei	
<b>Verpflichtungserklärung für Selbstzahler</b>		
Der Heimbewohner, sein Vertreter, Betreuer oder Vormund verpflichtet sich, bei Selbstzahlung der Heimkosten für die pünktliche Überweisung Sorge zu tragen. Sollten die Mittel des Heimbewohners zur Deckung der Heimkosten nicht ausreichen, wird die Differenz gezahlt von:		
.....		
Name	Anschrift	Telefon
<input type="checkbox"/> Pflegeversicherung	<input type="checkbox"/> Bewilligungsbescheid liegt bei	
<input type="checkbox"/> Sozialamt /Anschrift:	<input type="checkbox"/> Kostenübernahme liegt bei <input type="checkbox"/> Kostenübernahme wurde beantragt am:	

**Bankverbindung**

Institut:
Bankleitzahl:
Kontonummer:
IBAN/BIC:

**Sonstige Angaben**

Welches Aufnahmedatum wünschen Sie? (falls Aufnahme länger geplant)	
Besteht eine Befreiung von Zuzahlungen bei der Krankenkasse?	<input type="checkbox"/> JA , bis: _____ <input type="checkbox"/> NEIN
Besteht eine Befreiung von Rundfunkgebühren?	<input type="checkbox"/> JA , bis: _____ <input type="checkbox"/> NEIN
Besteht eine Ermäßigung im Telefondienst?	<input type="checkbox"/> JA , bis: _____ <input type="checkbox"/> NEIN
Besteht Anspruch auf Beihilfe? (z.B. Post, Bahn, BW, BGS usw.)	<input type="checkbox"/> JA , bei: _____ <input type="checkbox"/> NEIN
Wurde bei Ihnen bereits eine Inkontinenz ärztlich attestiert?	<input type="checkbox"/> JA , durch: _____ <input type="checkbox"/> NEIN
Besitzen Sie eine Patientenverfügung? Wenn NEIN, möchten Sie Informationen über Patientenverfügungen erhalten?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN
Welches Beerdigungsinstitut ist im Falle des Todes vorgesehen?	Name / Anschrift:
Wünschen Sie Kontakt zur ehemaligen Pfarrgemeinde?	<input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Name/ Anschrift:

Ort, Datum

Unterschrift des Antragstellers oder des Betreuers