



RK-Schwesterschaft Oranien e.V.



Aus Liebe zum Menschen.

Heimanmeldung

Angaben zur Person:

Name:			
Vorname:		Geburtsname:	
Geburtsdatum		Geburtsort:	
Konfession:	rk <input type="checkbox"/>	ev <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> andere:
Familienstand:	ledig <input type="checkbox"/>	verheiratet <input type="checkbox"/>	verwitwet <input type="checkbox"/> geschieden <input type="checkbox"/>

Bisherige Anschrift:

Strasse:	
PLZ:	Wohnort:
Telefon:	Mobil:

Derzeitiger Aufenthalt: Zuhause <input type="checkbox"/>	anderes Heim <input type="checkbox"/>	Krankenhaus <input type="checkbox"/>	Reha <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstiges			

Angehörige/ Ansprechpartner:

Name:	Beziehung:
Strasse:	
PLZ:	Telefon:
Wohnort:	Mobil:

Name:	Beziehung:
Strasse:	
PLZ:	Telefon:
Wohnort:	Mobil:

Name:	Beziehung:
Strasse:	
PLZ:	Telefon:
Wohnort:	Mobil:

Hausarzt:...übernimmt die Versorgung im Heim (Hausbesuche, etc.): ja nein

Name:	Fachrichtung
Strasse:	
PLZ:	Telefon:
Ort:	Fax:

Weitere behandelnde Ärzte:

• Name:	• übernimmt die Versorgung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
• Strasse:	• Fachrichtung
• PLZ:	• Telefon:
• Ort:	• Fax:
• Name:	• übernimmt die Versorgung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
• Strasse:	• Fachrichtung
• PLZ:	• Telefon:
• Ort:	• Fax:
• Name:	• übernimmt die Versorgung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
• Strasse:	• Fachrichtung
• PLZ:	• Telefon:
• Ort:	• Fax:

Angaben zur Krankenversicherung

Krankenkasse:
Krankenversicherungsnummer:
Befreiung von der Rezeptgebühr: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt am:
Pflegestufe: <input type="checkbox"/> ja, Stufe <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 3+
<input type="checkbox"/> nein, die Einstufung wurde beantragt am:
<input type="checkbox"/> Antrag auf Kostenübernahme der Kurzzeitpflege erfolgte am:
<input type="checkbox"/> Antrag auf Kostenübernahme der Verhinderungspflege erfolgte am:
<input type="checkbox"/> Antrag auf Kostenübernahme der Langzeitpflege erfolgte am:

Im Falle einer gesetzlichen Betreuung auszufüllen: (Bitte Kopie des Ausweises beifügen)

Name:		
Strasse:	Aktenzeichen:	
PLZ:	Telefon:	
Wohnort:	Fax:	
<u>Wirkungskreise:</u>		
<input type="checkbox"/> Gesundheitssorge	<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge
<input type="checkbox"/> Vertretung gegenüber Behörden, Institutionen, etc.		
<input type="checkbox"/> Postvollmacht		
<input type="checkbox"/> Zeitliche Befristung bis:		

Vollmachten, die eine Betreuung ersetzen: (Bitte Kopie der Vollmacht beifügen)

<input type="checkbox"/> Patientenverfügung	vom:
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht	vom:
<input type="checkbox"/> Betreuungsverfügung	vom:

<input type="checkbox"/> Generalvollmacht	vom:
-------------------------------------------	------

Die aufzubringenden Heimkosten werden getragen von:

Name (=Rechnungsadresse):	
Strasse:	Telefon:
PLZ:	Mobil:
Wohnort:	Fax

Ich habe einen Antrag auf Kostenübernahme beim Sozialamt gestellt

Zuständige Behörde:	
Name des Sachbearbeiters:	
Strasse:	
PLZ:	Telefon:
Ort:	Fax:
Antrag wurde genehmigt am:	Aktenzeichen:
<i>Information: Der Antrag beim Sozialamt <u>muss vor</u> der Aufnahme in unser Haus erfolgen, da die Kosten der Heimunterbringung erst ab der Antragstellung durch die Sozialämter übernommen werden! Der Antrag muss in Kopie bei der Heimaufnahme vorgelegt werden.</i>	

Bei Einzug sind folgende Unterlagen mitzubringen:

<input type="checkbox"/>	Kopie des Personalausweises, oder Bescheinigung: Befreiung von der Mitführungspflicht eines Ausweises
<input type="checkbox"/>	Versichertenkarte der Krankenkasse
<input type="checkbox"/>	Kopie des Ausweises: "Befreiung von der Zuzahlungspflicht der Krankenkassen"
<input type="checkbox"/>	Kopie des Betreuerausweises (wenn eine gesetzliche Betreuung vorliegt)
<input type="checkbox"/>	Kopie vorliegender Vollmachten
<input type="checkbox"/>	Kopie des Antrags auf Kostenübernahme beim Sozialamt
<input type="checkbox"/>	Kopie des Rentenbescheides
<input type="checkbox"/>	Formular „Allgemeine und spezielle Angaben“
<input type="checkbox"/>	Formular „Pflegerischer Kurzbericht“
<input type="checkbox"/>	Formular „Ärztliche Stellungnahme“
<input type="checkbox"/>	Formular „Cohen-Mansfield-Skala“ (bei Aufnahme in die Wohngemeinschaft Demenz)

Bitte denken Sie an:

<input type="checkbox"/>	Wohnsitzänderung beim zuständigen Einwohnermeldeamt
<input type="checkbox"/>	Mitteilung der geänderten Anschrift an die Krankenkasse
<input type="checkbox"/>	Mitteilung der geänderten Anschrift an die GEZ, sofern Sie Radio oder Fernsehgeräte mitbringen.

Wir können Ihnen Kurzzeit-, Verhinderungs- und Langzeitpflege für das Haus der Altenpflege anbieten.

Die Mindestdauer für Kurzzeit-/ und Verhinderungspflege beträgt 14 Tage.

Im Bereich der Demenzversorgung steht das Angebot für die Langzeitpflege zur Verfügung.

Grundsätzlich ist es in unserem Haus möglich die Kurzzeitpflege in eine Verhinderungspflege und/ oder eine anschließende Langzeitpflege zu verlängern.

Die Information, ob eine Verlängerung gewünscht wird benötigen wir 14 Tage vor Vertragsende.

Ich möchte das Angebot der Kurzzeitpflege im Haus der Altenpflege

- vom _____ bis _____ wahrnehmen.
- Ich möchte auf die Warteliste gesetzt werden für die Zeit vom _____ vom _____ bis _____

Ich möchte das Angebot der Verhinderungspflege im Haus der Altenpflege

- vom _____ bis _____ wahrnehmen.
- im Anschluss an die Kurzzeitpflege wahrnehmen.
- als Option vorbehalten, meine Entscheidung teile ich dem Sozialdienst spätestens 14 Tage vor Vertragsende mit.
- Ich möchte auf die Warteliste gesetzt werden für die Zeit vom: _____ vom _____ bis _____

Ich möchte das Angebot der Langzeitpflege im Haus der Altenpflege

- ab _____ wahrnehmen.
- im Anschluss an die Kurzzeitpflege wahrnehmen.
- im Anschluss an die Verhinderungspflege wahrnehmen.
- als Option vorbehalten, meine Entscheidung teile ich dem Sozialdienst spätestens 14 Tage vor Vertragsende mit.
- Ich möchte auf die Warteliste gesetzt werden.
- Ich möchte nur ein Einzelzimmer (Wartezeit ca. 6 Monate)
- Ich bin mit der Unterbringung in einem Doppelzimmer einverstanden.

Ich möchte das Angebot der Langzeitpflege im Wohnbereich Demenz

- ab _____ wahrnehmen.
- Ich möchte auf die Warteliste gesetzt werden.
- Ich möchte nur ein Einzelzimmer (Wartezeit ca. 6 Monate)
- Ich bin mit der Unterbringung in einem Doppelzimmer einverstanden.

Ort/ Datum

Unterschrift