

Aufnahmedatum:	Aufnahmenummer:
Name:	Vorname:
Geburtsdatum: Nationalität: Konfession: Familienstand: Geschlecht:	Anschrift:

<input type="checkbox"/> KZP	<input type="checkbox"/> KZP §39c	<input type="checkbox"/> VHP	<input type="checkbox"/> vollstat. Pflege	<input type="checkbox"/> Eingliederungshilfe SGB IX Hilfebedarfsgruppe:
PG-vorläufige Schnelleinstufung:	PG:	PG-Bescheid liegt vor:	PG-Höherstufung beantragt:	

Pflegekasse:	Mitglieds-Nr.:
Anschrift:	

Kosten-Übernahme		
<input type="checkbox"/> Pflege-Kasse	<input type="checkbox"/> Selbstzahler <input type="checkbox"/> Pflege-Kasse privat <input type="checkbox"/> Beihilfe	<input type="checkbox"/> Sozialamt Anschrift Ansprechpartner / Tel.

Rentenüberleitung <input type="checkbox"/> Ja, Datum der Antragstellung:	In der Höhe von €
RV-Träger:	
Girokonto vorhanden <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Vorsorge-Vollmacht <input type="checkbox"/> Ja	Kopie liegt vor <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> wird kurzfristig geregelt
Patienten-Verfügung <input type="checkbox"/> Ja	Kopie liegt vor <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> wird kurzfristig geregelt

<input type="checkbox"/> Angehörige / <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte / <input type="checkbox"/> Betreuer	<input type="checkbox"/> Angehörige / <input type="checkbox"/> Bevollmächtigte / <input type="checkbox"/> Betreuer
Name:	Name:
Anschrift:	Anschrift:
Tel.	Tel.
Mobil:	Mobil:
Email:	Email:

<input type="checkbox"/> Aufenthaltsbestimmung	<input type="checkbox"/> Vermögenssorge	<input type="checkbox"/> Behörden-gänge	<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge	<input type="checkbox"/> FEM	<input type="checkbox"/> Einwilligungs-vorbehalt:	<input type="checkbox"/> Sonstiges
Telefonflatrate: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein						

Wir benötigen von Ihnen einige Unterlagen und persönliche Dokumente, die wir in der anliegenden Liste zusammengestellt haben.

Von der Einrichtung auszufüllen:	WB:	Zimmer-/Tel.-Nr.:	Sondennahrung: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ausschließlich <input type="checkbox"/> zusätzlich zur oralen Ernährung
---	------------	--------------------------	--

Datum: _____ HDZ Mitarbeiter: _____

Unterlagen

Bitte bringen Sie uns folgende **Unterlagen im Vorfeld der Aufnahme oder spätestens am Aufnahmetag** mit. Für Rückfragen wenden Sie sich bitte an die **Verwaltung Tel.-Nr.: 05037/305-930**

Unterlagen/ Dokumente	Bemerkung
<input type="checkbox"/> Heimvertrag/WBVG-Vertrag	siehe Anlage
<input type="checkbox"/> Datenschutzhinweis	siehe Anlage
<input type="checkbox"/> Information zum Datenschutz DS-GVO Art 13/ 14	siehe Anlage
<input type="checkbox"/> Information gem. §3 Wohn- und Betreuungsvertrag (WBVG)	siehe Anlage
<input type="checkbox"/> Einwilligungserklärung Betreuer, Bevollmächtigte, Angehörige	siehe Anlage
<input type="checkbox"/> Kostenverpflichtung	siehe Anlage
<input type="checkbox"/> Ärztliches Zeugnis (über Infektionskrankheiten)	siehe Anlage
<input type="checkbox"/> Einwilligungserklärung Medikamentenverwaltung	siehe Anlage
<input type="checkbox"/> Bei HMB: Einverständniserklärung zum HMB-Verfahren	ggf. siehe Anlage
<input type="checkbox"/> Personalausweis	
<input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis	
<input type="checkbox"/> Patientenverfügung/ -vollmacht	
<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht - Kopie	
<input type="checkbox"/> Beschluss des Amtsgerichts über die Dauer der Betreuung - Kopie	
<input type="checkbox"/> Betreuerausweis (Bestallungsurkunde) - Kopie	
<input type="checkbox"/> Richterlicher Beschluss bei freiheitsentziehenden Maßnahmen	
<input type="checkbox"/> Krankenkassenskarte	
<input type="checkbox"/> aktuelle Befreiungsausweis, Zuzahlung zu Medikamenten	
<input type="checkbox"/> Anfalls-/ Marcumar-/ Diabetiker-/ Allergiker- oder Brillenpass	
<input type="checkbox"/> Ärztliche Unterlagen, Berichte - Kopie	
<input type="checkbox"/> Impfausweis	
<input type="checkbox"/> aktueller Medikamentenplan (mit Unterschrift vom Arzt u. Praxisstempel)	
<input type="checkbox"/> Antrag auf Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherung (Antrag auf Kostenübernahme)	Ggfs. muss dies beim Landkreis beantragt werden
<input type="checkbox"/> Aktueller Rentenbescheid	
<input type="checkbox"/> Bescheid der Pflegekasse über den Pflegegrad- Kopie	
<input type="checkbox"/> Bestattungsvorsorge	
<input type="checkbox"/> ggfs. Testament	

Für die Aufnahme bitte folgendes beantragen:

- Pflegegradantrag stellen
- Antrag auf
 - Kurzzeitpflege
 - Verhinderungspflege
 - Änderung der Pflegesachleistung auf vollstationäre Pflege stellen
 - Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit SGB V §39c

 **Der Antrag muss grundsätzlich vom Versicherten selber oder von seinem bevollmächtigten Vertreter gestellt werden.**

- erfragen, ob Anspruch auf zusätzlichen Betreuungsbedarf besteht: Wenn Ja: wie viele Leistungen können noch in Anspruch genommen werden? (Schreiben m. Betrag v. Pflegekasse anfordern)
- erfragen, wie viel Kurzzeitpflege- bzw. Verhinderungspflegeleistungen in diesem Jahr noch in Anspruch genommen werden können (Schreiben m. Betrag v. Pflegekasse anfordern)
- Ggfs. Antrag auf zusätzliche Kostenübernahme beim zuständigen Kostenträger (z.B. Landkreis) stellen.

Bitte bei der Aufnahme ggfs. folgende Utensilien mitbringen:

- Rollstuhl Rollator _____
- Körper- und Zahnpflegeartikel
- feste Schuhe für innerhalb und außerhalb der Einrichtung
- jahreszeitliche Bekleidung
- Inkontinenzartikel: _____
- die zu Hause befindlichen Medikamente
- Blutzuckermessgerät
- Brille/ Hörgeräte
- _____
- _____

Sonstige Absprache:

- bereits bestehende Termine (z.B. Arzttermin): _____
- Wäscheversorgung übernehmen die Angehörigen: _____
- Barbetragskonto
- sonstiges:

Notiz:

Bei Fragen wenden Sie sich bitte gerne an:

Pflegedienstleitung Telefonnummer: 05037/305 - 921

Datum: 19.12.2024	Datum: 19.12.2024	Seite 3 von 3
Geändert:	Freigabe: EL	Revision: 12.2025