

- Biberach
- Gernsbach
- Sasbachwalden
- Meissenheim
- Ettenheim

- Kurzzeitpflege
- Langzeitpflege

Gefaxt am: ____ . ____ . 20 ____

Anmeldeformular

I. Angaben zur Person (zukünftiger Bewohner):

Name: _____ Geburtstag: _____
 Vorname: _____ Geburtsort: _____
 Geburtsname: _____ Staatsangehörigkeit: _____
 Familienstand: _____ Religion: _____
 bisheriger Wohnsitz: _____
 (PLZ , Ort, Str. u. Haus-Nr., Tel.-Nr.)

Bisheriger Hausarzt: _____ **Tel.-Nr.:** _____

Angehörige:

1. _____ _____
 (Name, Vorname, Verwandtschaftsgrad)

_____ (Straße, Haus-Nr., PLZ Ort)

Tel.-Nr.: _____ - _____

Rechnungsempfänger? ja nein

Aushändigung eingebrachter Gegenstände nach Vertragsende? ja nein

2. _____ _____
 (Name, Vorname, Verwandtschaftsgrad)

_____ (Straße, Haus-Nr., PLZ Ort)

Tel.-Nr.: _____ - _____

Rechnungsempfänger? ja nein

Aushändigung eingebrachter Gegenstände nach Vertragsende? ja nein

3. _____ _____
 (Name, Vorname, Verwandtschaftsgrad)

_____ (Straße, Haus-Nr., PLZ Ort)

Tel.-Nr.: _____ - _____

Rechnungsempfänger? ja nein

Aushändigung eingebrachter Gegenstände nach Vertragsende? ja nein

Besteht eine **rechtliche Betreuung(Vollmacht)**? ja nein

Wenn ja, Name und Anschrift des/r Betreuers/In _____

Aufgabenkreis?

Bestimmung des Aufenthalts: Ja Nein
Vermögensangelegenheiten: Ja Nein
Gesundheitsfürsorge: Ja Nein
Alle Angelegenheiten: Ja Nein

II. Kostenübernahme:

Wurde bereits ein Bescheid auf stationäre Pflegeleistung von der Pflegekasse erteilt?

ja nein wenn nein, wann beantragt ____ . ____ . **20** ____

Liegt ein Bescheid über eine Pflegestufe vor?

ja nein wurde am ____ . ____ . **20** ____ beantragt

Wenn ja, welche Pflegestufe wurde ermittelt? 1 2 3

Wurde erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 87B SGB XI festgestellt?

ja nein wurde am ____ . ____ . **20** ____ beantragt

Sind Sie Beihilfeberechtigte(r)? ja nein

Sind Sie Zuzahlungsbefreit? ja nein

Sind Sie von Rundfunk- und Fernsehgebühren befreit? ja nein

Inkontinenzpauschale wird beantragt? ja nein

Kranken- bzw. Pflegekasse:

Pflegekasse: _____ Sitz der Zweigstelle: _____

Krankenkasse: _____ Sitz der Zweigstelle: _____

Den monatlichen Eigenanteil am Heimentgelt in Höhe von ca. EURO kann ich aus eigenem Einkommen / Vermögen bestreiten: ja nein

Ich habe am ____ . ____ . **20** ____ einen Antrag auf Übernahme der Kosten beim zuständigen Sozialhilfeträger gestellt.

III. Heimvertrag:

Die Aufnahme in das ASB-Pflegeheim erfolgt durch den gesonderten Abschluss eines Heimvertrages.

Alle weiteren für den Heimeinzug notwendigen Informationen entnehmen Sie bitte der Anlage zum Anmeldeformular.

Termin zur Aufnahme: ____ . ____ . **20** ____

Ort, Datum

Unterschrift (zukünftiger Bewohner / rechtlicher Betreuer)