


Revisionstand: Version 0	QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH		 Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Baden-Württemberg e.V.
	Einrichtung:	RV Mittelbaden	
	Geltungsbereich:	Stationäre Pflege	Anmeldeformular

<input type="checkbox"/> Biberach <input type="checkbox"/> Gernsbach <input type="checkbox"/> Sasbachwalden <input type="checkbox"/> Meissenheim <input type="checkbox"/> Ettenheim

<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege <input type="checkbox"/> 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. _____ Verwandtschaftsgrad
(Name, Vorname, _____)

(Straße, Haus-Nr., PLZ Ort)

Tel.-Nr.: _____ - _____

Rechnungsempfänger? ja nein

Aushändigung eingebrachter Gegenstände nach Vertragsende? ja nein

2. _____ Verwandtschaftsgrad
(Name, Vorname, _____)

(Straße, Haus-Nr., PLZ Ort)

Tel.-Nr.: _____ - _____

Rechnungsempfänger? ja nein

Aushändigung eingebrachter Gegenstände nach Vertragsende? ja nein

3. _____ Verwandtschaftsgrad
(Name, Vorname, _____)

(Straße, Haus-Nr., PLZ Ort)

Erstellt/ Bearbeitet:	Geprüft	Freigegeben
Kübel	QM-Steuergruppe	Scholder
09.02.2010	01.12.2010	01.12.2010

Revisionstand:	QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH		 Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Baden-Württemberg e.V.
Version 0	Einrichtung:	RV Mittelbaden	
	Geltungsbereich:	Stationäre Pflege	
Anmeldeformular			Seite 2 von 3

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.

Erstellt/ Bearbeitet:	Geprüft	Freigegeben
Kübel	QM-Steuergruppe	Scholder
09.02.2010	01.12.2010	01.12.2010

Revisionstand: Version 0	QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH		 Arbeiter-Samariter-Bund Landesverband Baden-Württemberg e.V.
	Einrichtung:	RV Mittelbaden	
	Geltungsbereich:	Stationäre Pflege	Anmeldeformular

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)

Erstellt/ Bearbeitet:	Geprüft	Freigegeben
<i>Kübel</i>	<i>QM-Steuergruppe</i>	<i>Scholder</i>
<i>09.02.2010</i>	<i>01.12.2010</i>	<i>01.12.2010</i>