

- 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

Erstellt/ Bearbeitet:	Gepprüft:	Freigegeben:
Kübel	Steuergruppe	Adrian
09.02.2010/ 19.01.2017	19.01.2017	19.01.2017

Revisionstand:  <b>Version 1.0</b>	<b>QUALITÄTSMANAGEMENT-HANDBUCH</b>		 <b>ASB</b> Arbeiter-Samariter-Bund Baden-Württemberg e.V.
	Einrichtung:	Region Mittelbaden	
	Geltungsbereich:	Stationäre Pflege	
<b>FO Anmeldebogen für einen Heimplatz</b>			Seite 2 von 2

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 einen Pflegegrad vor?**

ja  nein  wurde am \_\_\_\_ . \_\_\_\_ . **20**\_\_\_\_ beantragt

**Wenn ja, welcher Pflegegrad wurde ermittelt?**  1  2  3  4  5

**Wurde erheblich eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45 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)

Erstellt/ Bearbeitet:	Gepüft:	Freigegeben:
Kübel	Steuergruppe	Adrian
09.02.2010/ 19.01.2017	19.01.2017	19.01.2017