



Anmeldung

- Heimaufnahme ab _____
- Kurzzeit- und Verhinderungspflege _____

CHR-4-1-1-FB-3-4

Stammdaten

Vor- und Zuname

Geburtsdatum

ggf. Geburtsname

Geburtsort

Fam.-Stand

Konfession

Staatsang.

Adresse

Telefon

Derzeitiger Aufenthalt (z.B. Krankenhaus oder Rehaklinik - bitte Adresse eintragen)

Telefon

Angehörige

1. Vor- und Zuname Wie verwandt

Adresse

Telefon/Handy

2. Vor- und Zuname Wie verwandt

Adresse

Telefon/Handy

3. Vor- und Zuname Wie verwandt

Adresse

Telefon/Handy

Betreuer

Vor- und Zuname

Gesetzlich bestellter Betreuer

ja nein

Adresse

Telefon/Handy

ggf. Ersatzbetreuer Vor- und Zuname

Gesetzlich bestellter Betreuer

ja nein

Adresse

Telefon/Handy

Verfügungen / Vollmachten

Patientenverfügung

Vorsorgevollmacht

Betreuungsverfügung

Generalvollmacht

Bestattungsvorsorge

bei

Teilvollmacht für

Finanzen

Post

Gesundheit

Behörden

Vertretung gegenüber
Heim

Entscheidung Unterbringung

| | | | |
|--------------|------------|---------|-------------|
| | Erstellt | Geprüft | Freigegeben |
| Datum | 07.05.2025 | | |
| Unterschrift | BC | | |

| Hausarzt / Fachärzte | | | |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------------------------------------|-------------------------------|
| 1. | Name | Fachgebiet | |
| | Adresse | Telefon/Fax | |
| 2. | Name | Fachgebiet | |
| | Adresse | Telefon/Fax | |
| 3. | Name | Fachgebiet | |
| | Adresse | Telefon/Fax | |
| Krankenversicherung | | | |
| Versicherung | | Zuzahlungsbefreit | |
| | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kassennummer | Versicherungsnummer | Privat versichert | |
| | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Pflegegrad beantragt | In Pflegegrad eingestuft | Leistung nach § 87 b SGB 11 | |
| <input type="checkbox"/> ja am | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja, Pflegegrad: | <input type="checkbox"/> nein |
| | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Gewünschte Unterbringung | | | |
| Termin zur Aufnahme | Einzelzimmer | Doppelzimmer | Komfortzimmer |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Kostenträger | | | |
| Zuständiges Sozialamt/ Sachbearbeiter/ Aktenzeichen | | Bezug von Sozialhilfe | |
| | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Hinweise Ergänzungen | | | |
| <p style="color: red;">Ich bin darüber informiert, dass alle Dokumente, die das Leistungsrecht der Sozialkassen betreffen, in der Verwaltung des AWPB Christkönig vorzulegen sind. (Einstufungsbescheide, Krankenkassenkarten, Befreiungsausweise, Personalausweis!)</p> | | | |
| Ort Datum | Unterschrift des Antragstellers | Ggf. Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten | |
| | | | |
| Einwilligungserklärungen | | | |
| Für den Fall dass aus pflegfachlichen Gründen eine Fotodokumentation notwendig sein sollte, stimme ich dieser zu. | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Ich bin mit der Teilnahme an einer Qualitätsprüfung nach §114 SGB XI in der Pflegeeinrichtung durch den MDK einverstanden. | | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | |
| Ort Datum | Unterschrift des Antragstellers | Ggf. Unterschrift des Betreuers/Bevollmächtigten | |
| | | | |

| | | | |
|--------------|------------|---------|-------------|
| | Erstellt | Geprüft | Freigegeben |
| Datum | 07.05.2025 | | |
| Unterschrift | BC | | |