



Daten zur Heimaufnahme

VW

Verwaltung

FB 11

Stationäre Pflege ab _____

Kurzzeitpflege vom _____ bis _____

Verhinderungspflege vom _____ bis _____

Gewünschte Unterbringung: EZ DZ Zimmer Nr.: _____

Aushändigung Schlüssel: Zimmerschlüssel Tresorschlüssel

Grunddaten: Herr Frau

Name: _____ Vorname: _____

Geburtsname: _____ Geburtsdatum: _____

Geburtsort: _____ Staatsangehörigkeit: _____

Familienstand: _____ Konfession: _____

Größe/Gewicht: _____

Letzte Meldeadresse vor der Heimaufnahme:

Straße: _____ Ort: _____

Gegenwärtiger Aufenthaltsort: _____

Bezugspersonen/ Betreuer

Person 1: _____ Beziehungsart _____

Adresse: _____ Telefonnummer: _____

erhält Rechnung:
 Verständigung bei Tod/ Krankheit

Person 2: _____ Beziehungsart _____

Adresse: _____ Telefonnummer: _____

erhält Rechnung:
 Verständigung bei Tod/ Krankheit

Vorsorge:

Betreuung: _____ Aufgabenkreis: _____

Betreuung beantragt: nein ja Unterlagen liegen vor:


Liegt eine der folgenden Unterlagen vor: Vollmacht: ja nein

Betreuungsverfügung: ja nein

Patientenverfügung: ja nein

Ärzte:

Hausarzt: _____ sonstige Ärzte: _____

	Daten zur Heimaufnahme	VW
	Verwaltung	FB 11

Krankenkasse/Pflegekasse

Name: _____ Mitgliedsnummer: _____

Adresse _____ Telefonnummer: _____

Pflegestufe I II III keine

Wurde ein Antrag auf (höhere) Pflegestufe gestellt? ja nein
am: _____

Befreiung für Zuzahlungen: ja nein

Monatliches Nettoeinkommen

Art des Einkommens	Zahlende Stelle	Betrag	RV Nr.	Unterlagen liegen vor
Altersrente/ Pension				
Witwenrente				
sonstiges				

Ich wünsche eine Rentenüberleitung an die Pflegeeinrichtung ja nein
Der Rechnungsbetrag soll per Lastschrift eingezogen werden ja nein

Übernahme des Heimentgeltes

Aus oben aufgeführtem monatlichen Einkommen:

Zuzahlung aus Barvermögen: ja nein
Zuzahlung von Dritten: ja nein

Sozialamt: ja nein
Antrag gestellt:

Beihilfe berechtigt
Bezeichnung der Beihilfestelle: _____ Adresse: _____

Bestattung

Verständigung bei Tag und Nacht ja nein

Gibt es einen Vorsorgevertrag mit einem Bestattungsinstitut? ja nein
Name des Bestattungsinstituts: _____

Wird seelsorgerischer Beistand gewünscht? ja nein
Wenn ja welcher? _____

Wird Begleitung oder Beratung durch die Hospiz Verein gewünscht? ja nein

Die Richtigkeit der vorstehenden Angaben wird ausdrücklich versichert.

Ort/Datum: _____ Unterschrift/Bewohner _____

Ort/Datum: _____ Unterschrift/Betreuer _____