



Anmeldung zur Heimaufnahme

Anmeldung zur Kurzzeitpflege vom _____ bis _____

Familienname:	Bisherige Anschrift / 1. Wohnsitz
Vorname:	Straße:
Geschlecht:	Ort:
Geburtsname:	Telefon:
Geburtsdatum:	Derzeitiger Aufenthalt:
Staatsangehörigkeit:	Bezeichnung
Konfession:	Straße:
Geburtsort:	PLZ/Ort:
Familienstand:	<input type="checkbox"/> led. <input type="checkbox"/> verh. <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/> gesch.

Gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigter:

Das Aufgabengebiet umfasst:

Name, Vorname:	_____	<input type="checkbox"/> Gesundheitsfürsorge
Straße:	_____	<input type="checkbox"/> Bestimmung des Aufenthaltes
PLZ / Ort	_____	<input type="checkbox"/> Wohnungsangelegenheiten
Telefon:	_____	<input type="checkbox"/> Vermögensangelegenheiten
Handy:	_____	<input type="checkbox"/> Rentenangelegenheiten
Email:	_____	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeangelegenheiten
		<input type="checkbox"/> _____
		<input type="checkbox"/> _____
		<input type="checkbox"/> _____

Angehörige / Hauptansprechpartner:

Name, Vorname: wie verwandt:	_____	Name, Vorname: wie verwandt:	_____
Straße:	_____	Straße:	_____
PLZ, Ort	_____	PLZ, Ort	_____
Telefon:	_____	Telefon:	_____
Handy:	_____	Handy:	_____

Hausarzt:

Weiterer (Fach-) Arzt

Name, Vorname:	_____	Name, Vorname:	_____
Straße:	_____	Straße:	_____
PLZ / Ort:	_____	PLZ / Ort:	_____
Telefon:	Fax: _____	Telefon:	Fax: _____



Es besteht bereits eine Eingradung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen
gem. §§ 15 und 18 SGB XI

mit dem Ergebnis:

- Pflegegrad 1 Pflegegrad 2 Pflegegrad 3
 Pflegegrad 4 Pflegegrad 5

- Leistungen aus der Pflegeversicherung sind beantragt
 müssen noch beantragt werden
 es besteht kein Anspruch

Angaben zu Leistungen aus der Sozialhilfe für die stationäre Pflege gem. §§ 35, 61
SGB XII, § 12 PfG NW

Leistungen aus der Sozialhilfe:

- sind beantragt
 müssen noch beantragt werden
 es besteht kein Anspruch

Kostenträger / Träger der Sozialhilfe:

Bezeichnung: _____
Straße: _____
PLZ, Ort: _____
Sachbearbeiter: _____
Aktenzeichen: _____
Telefon: _____

Krankenkasse / Pflegekasse:

Bezeichnung: _____
Straße: _____ PLZ, Ort: _____
Telefon: _____ Fax: _____
Sachbearbeiter: _____ Mitgliedsnummer: _____

Befreiungen:

Zuzahlungen Rezeptgebühren, ja nein GEZ: ja nein
Fahrt- und Transportkosten
Telefon: ja nein

Weitere Informationen:

Diagnose Demenz: ja nein Weglauftendenz: ja nein
Psychische Erkrankungen: ja nein seit wann?
Zugänge: Port, Broviac, Stoma ja nein

.....
(Unterschrift des Aufzunehmenden oder
des Betreuers)

.....
Ort, Datum



Name, Vorname:

Einwilligung nach den Datenschutzbestimmungen § 15 KDG

1) Ich bin einverstanden, dass die Altenheim St. Lambertus gGmbH folgende Daten bei mir erhebt, speichert und aktualisiert, um eine Anmeldung zur Heimaufnahme durch zu führen.

- Stammdaten (Name, Geburtsname, Geburtsdatum, Geburtsort, Anschrift, Konfession, Familienstand)
- Gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigter (Stammdaten, Aufgabengebiet)
- Angehörige / Hauptansprechpartner
- Hausarzt / Facharzt
- Pflegegrad
- Angaben zu Leistungen aus der Sozialhilfe
- Krankenkasse / Pflegekasse
- Befreiungen
- Arztberichte incl. Diagnosen und Befunde

2) **Diese Einwilligung kann jederzeit schriftlich widerrufen werden.**

Ort, Datum

Unterschrift des Aufzunehmenden oder des Betreuers

Hinweis:

Ihre Anmeldung zur Heimaufnahme wird maximal 12 Monate in der Verwaltung aufbewahrt. Soll Ihre Anmeldung über diesen Zeitraum hinaus Bestand haben, teilen Sie dies vor Ablauf der 12 Monate der Verwaltung des Altenheim St. Lambertus mit.