



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: led. verh. verw. gesch.

Gesetzlicher Betreuer bzw. Bevollmächtigter:

Das Aufgabengebiet umfasst:

Name, Vorname: _____
Straße: _____
PLZ / Ort _____
Telefon: _____
Handy: _____
Email: _____

- Gesundheitsfürsorge
- Bestimmung des Aufenthaltes
- Wohnungsangelegenheiten
- Vermögensangelegenheiten
- Rentenangelegenheiten
- Sozialhilfeangelegenheiten
- _____
- _____
- _____

Angehörige / Hauptansprechpartner:

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

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

Hausarzt:

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

Covid 19 Impfung

Datum 1. : _____
Datum 2. : _____
Datum 3. : _____
Datum 4. : _____



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.