

Qualitätsmanagement Handbuch	Ev. Altenhilfezentrum gGmbH	 Evangelische Altenhilfezentrum gGmbH Ernst-Stoltenhoff-Haus Das Herz zählt.
Kapitel: C 1.2	Thema: Beratung vor Heimaufnahme	

C 1.2.3 Anfrage zum Heimeinzug

1. Name, Vorname des Interessenten			
2. Adresse	Straße:		Telefon:
	PLZ:		Ort:
3. Geburtsdaten	Geburtsdatum:	Geburtsort:	Geburtsname:
4. Familienstand	verh. <input type="checkbox"/>	gesch. <input type="checkbox"/>	ledig <input type="checkbox"/> verw. <input type="checkbox"/>
5. Konfession und Staatangehörigkeit			
6. Derzeitiger Aufenthalt	Krankenhaus <input type="checkbox"/>	Altenheim <input type="checkbox"/>	Zuhause <input type="checkbox"/>
7. Betreuer/ Bevollmächtigter <i>(Bitte Nachweis in Kopie beifügen)</i> <input type="checkbox"/> Keine Betreuung	Name:		Vorname:
	Straße:		PLZ:
	Telefon:		Ort:
			E-Mail:
8. Name des nächsten Angehörigen <input type="checkbox"/> Keine Angehörigen	Name:		Vorname:
	Straße:		PLZ:
	Telefon:		Ort:
			E-Mail:
9. Hausarzt	<hr/> <p>Interessant wird vom Hausarzt in der Einrichtung weiterhin betreut: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p> <p>Wenn nein, soll die Einrichtung einen neuen Hausarzt um Übernahme bitten: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/></p>		
10. Fachärzte			
11. Kranken-/ Pflegekasse			Versichertennummer:

	erstellt von	geprüft von	freigegeben von	Version: 2	Seite: 1
Name / Hdz.	Fr. Dahmen		Fr. Häusler	Datum: 11.02.2025	von: 1

Qualitätsmanagement Handbuch	Ev. Altenhilfezentrum gGmbH	 Evangelische Altenhilfezentrum gGmbH Ernst-Stoltenhoff-Haus Das Herz zählt.
Kapitel: C 1.2	Thema: Beratung vor Heimaufnahme	Geltungsbereich: Aufnahme/Beratung

12. Einstufung Pflegeversicherung	Pflegegrad liegt vor: 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> Höherstufung beantragt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, wann: _____ War der Interessent bereits in stationärer Pflege? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja, welche Einrichtung _____ Zeitraum: _____
13. Finanzierung/ Kostenträger	Aus Eigenmitteln: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Nachweis _____ Sind Sie beihilfeberechtigt? Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Mit Leistungen der Sozialhilfe: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Wenn ja; Wo und welcher Sachbearbeiter bearbeitet den Antrag: _____ Prüfung der Heimbedürftigkeit beantragt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Pflegewohngeld beantragt: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Zahlungspflichtiger (falls abweichend):
14. Rechnungsempfänger	
15. Gewünschte Unterbringung	Einzelzimmer <input type="checkbox"/> Doppelzimmer <input type="checkbox"/>
16. Gewünschter Einzugstermin	
17. Ausweis <i>(Bitte Nachweis in Kopie beifügen)</i>	Personalausweis liegt vor: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Schwerbehindertenausweis liegt vor: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Medikamentenbefreiung liegt vor: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
18. Rechtliche Vertretung <i>(Bitte Nachweis in Kopie beifügen)</i>	Vorsorgevollmacht liegt vor: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Patientenverfügung liegt vor: Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
19. Hinweis, Ergänzungen, Bemerkungen	
Datum: _____	Ort: _____
Unterschrift des Antragstellers	Unterschrift des Betreuers / Bevollmächtigten

	erstellt von	geprüft von	freigegeben von	Version: 2	Seite: 2
Name / Hdz.	Fr. Dahmen		Fr. Häusler	Datum: 11.02.2025	von: 1