

# Anmeldung zur stationären Pflege Bartholomäus Wohnpark

Sehr geehrte Interessentin, liebe Antragstellerin / Sehr geehrter Interessent, lieber Antragsteller

Sie möchten sich bei uns für einen **Heimplatz** anmelden. Wir möchten Sie dazu bitten, diesen Anmeldebogen sowie den beigefügten ärztl. Fragebogen lückenlos auszufüllen, damit der Aufenthalt in unserem Haus gut vorbereitet und anschließend eine bestmögliche Versorgung gewährleistet werden kann.

Sollten Sie bei der Antragstellung oder Kostenklärung Hilfe benötigen, so stehen wir Ihnen selbstverständlich gerne zur Verfügung.

Das ausgefüllte Anmeldeformular schicken Sie bitte mit allen Unterlagen zurück an:

**Bartholomäus Wohnpark**  
**Einrichtungsleitung**  
**Hirtenackerstr. 45**  
**95463 Bindlach**

## 1. Persönliche Angaben:

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsname: \_\_\_\_\_

Vorname/n: \_\_\_\_\_

Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort/Land: \_\_\_\_\_

Derzeit wohnhaft: \_\_\_\_\_

PLZ, Ort: \_\_\_\_\_

Konfession: \_\_\_\_\_ Nationalität: \_\_\_\_\_

Familienstand:  ledig  verh. seit \_\_\_\_\_  verw. seit \_\_\_\_\_  gesch. seit \_\_\_\_\_

**Wichtig: Bitte fügen Sie eine Kopie des Personalausweises der oben genannten Person bei!**

**Ansprechpartner (ggf. Bevollmächtigter/Betreuer/Verwandtschaftsgrad) für formale Angelegenheiten:**

\_\_\_\_\_

**Anschrift für Schriftverkehr:**

\_\_\_\_\_

**Tel. ggf. Fax, E-Mail:** \_\_\_\_\_

**Bitte Kopie der Beurkundung/ Vorsorgevollmacht beilegen**

Wirkungskreis der **Vorsorgevollmacht** bzw. **der gerichtlichen Betreuung:**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sind weitere Personen im Notfall zu verständigen?

Bitte **Name, ggf. Verwandtschaftsgrad, Adresse u. Telefon-Nr.** angeben (ggf. dienstlich und privat):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 2. Aufnahme und Kosten:

Die Aufnahme soll erfolgen  am: \_\_\_\_\_  baldmöglichst  Anmeldung vorsorglich

Unterbringung erwünscht im:  Einzelzimmer  Doppelzimmer

### Die Kostenübernahme erfolgt durch:

**Privatzahlervvertrag (Eigenleistung aus eigener Rente u. Vermögen)**

Rechnungsadresse (auch per E-Mail möglich):

---

---

---

**Überörtlichen Sozialhilfeträger**

Bei einer Kostenübernahme durch den Sozialhilfeträger muss unbedingt vor Aufnahme ein entsprechender Antrag beim zuständigen Amt gestellt werden, hierbei sind wir Ihnen gerne behilflich.

Überörtliche Sozialhilfeverwaltung:

---

Zuständiger Sachbearbeiter: \_\_\_\_\_

Tel.: \_\_\_\_\_

Antragstellung erfolgt(e) am: \_\_\_\_\_

anderen Kostenträger: \_\_\_\_\_

---

### 3. Krankenkasse/Arzt

**Krankenkasse/Adresse:** \_\_\_\_\_

---

Tel., ggf. Fax: \_\_\_\_\_

Versicherter:  selbst  \_\_\_\_\_ geb. am: \_\_\_\_\_

**Krankenversicherungsnummer:**

---

**Liegt eine Rezeptgebührenbefreiung vor:**  nein  ja, befreit bis: \_\_\_\_\_

**Bitte legen Sie uns die Kopie d. Befreiungsmittelung der Krankenkasse mit bei.**

**Besteht Beihilfeanspruch:** (wenn beim Versicherten o. Ehepartner beamtenrechtl. Ansprüche vorliegen):

nein  ja, durch Stelle \_\_\_\_\_

## Bei Pflegebedürftigkeit:

Einstufung durch Medizinischen Dienst erfolgte:  ja  nein

ja, am \_\_\_\_\_ Pflegegrad: \_\_\_\_\_ seit: \_\_\_\_\_

## 4. Arzt/Therapeuten

### Bisheriger Hausarzt:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Tel-Nr. u. Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

Der bisherige Hausarzt soll beibehalten werden (vorausgesetzt Hausbesuche sind sichergestellt, bitte mit dem Arzt abklären!):

ja  nein

(Bei einem Arztwechsel lassen Sie bitte alle nötigen Arztberichte dem neuen Arzt zukommen)

Bestehen Allergien/ Unverträglichkeiten?  nein  ja – welche?

### Bisherige Therapeuten (Krankengymnasten, Masseur, Fußpfleger, Logopäden, etc.):

1. Name u. Tel.: \_\_\_\_\_

Bereich: \_\_\_\_\_

2. Name u. Tel.: \_\_\_\_\_

Bereich: \_\_\_\_\_

Sonstiges: \_\_\_\_\_

## 5. Zusatzleistungen

Für das Reinigen und die evtl. Handwäsche der Oberbekleidung werden die jeweils gültigen Preislisten unseres Wäscherei-Partners zugrunde gelegt.

Für Pflegeartikel (Shampoo, Dusch- u. Waschlotion, Körperlotion, Badezusatz) berechnen wir bei Inanspruchnahme 6,00 € monatlich.

Möchten Sie die Pflegeartikel vom Haus beziehen?  ja  nein

Gerne kann ein Fernseh- oder Rundfunkgerät mitgebracht bzw. vorgehalten werden. Durch den Einzug in eine vollstationäre Pflegeeinrichtung, besteht nun die Möglichkeit sich von der Rundfunkgebühr (GEZ) befreien bzw. sich abmelden zu lassen. Dabei sind wir Ihnen gerne behilflich.

**Wünschen Sie einen eigenen Telefonanschluss?**     ja     nein

Der Anschluss inklusive Apparat wird mit **monatlich 7,50 €** berechnet. Bei Verwendung eines eigenen Endgerätes berechnen wir für den **Anschluss monatlich 5,00 €**. Die Verbindungsgebühren werden nach Verbrauch mit **0,07 € pro Minute** abgerechnet. Über die Möglichkeit der Telefonnutzung beraten wir Sie gerne.

**Bitte vor Aufnahme erledigen:**

- Evtl. Kostenübernahmeantrag beim zuständigen Sozialhilfeträger stellen. Eine Kopie des Antragseingangs muss vor Aufnahme bei uns eingehen.
- Krankenversicherungskarte muss vorliegen.
- Wäsche des Bewohners muss unbedingt mit dem vollem Namen (Vor- u. Zuname) gezeichnet sein. Bitte nähen Sie Wäschenamen gut sichtbar in die Kleidung ein. Bitte beschriften Sie nicht mit Kugelschreiber o. Ä., da dies beim Waschen sehr leicht unleserlich wird.**
- Bitte Medikamente ausreichend für die erste Woche im Haus mitbringen.

**Datenschutzhinweis:** Wir möchten Sie gemäß der einschlägigen Datenschutzvorschriften darüber informieren, dass Ihre personenbezogenen Daten zum Zweck des geplanten Heimeinzugs verarbeitet werden. Wir heben die benötigten Unterlagen auf, bis es zum Abschluss eines Heimvertrags kommt bzw. bis Sie uns mitteilen, dass der Heimplatz nicht mehr benötigt wird.

\_\_\_\_\_, den \_\_\_\_\_  
*Ort Datum Unterschrift Bewohner/in bzw. Betreuer/in*