

Aufnahmedatum: **Aufnahmenummer:**

Name: **Vorname:**

Geburtsdatum: **Geburtsort:**

Geschlecht: **Familienstand:**

Konfession: **Nationalität:**

Anschrift:

Hilfeart:

- ☐ Eingliederungshilfe SGB IX ☐ Hilfebedarfsgruppe ☐ erstmalig
- ☐ stationäre Pflege SGB XI/SGB XII § 61
- ☐ Kurzzeitpflege ☐ Verhinderungspflege ☐ Kurzzeitpflege fehlend. Pflegebedürftigkeit SGB V §39c

Kostenübernahme

Übernahme von Kosten durch

- ☐ die Pflegekasse ☐ Ja, in Höhe von € ☐ Nein
- ☐ im Rahmen der Grundsicherung ☐ Ja, in Höhe von €/ Girokonto ☐ Nein
- ☐ Selbstzahler
- ☐ anderer Kostenträger (z.B. Sozialamt), Ansprechpartner:

Telefonnummer/ Anschrift: Datum der Antragstellung:

Rentenüberleitung

(beim RV-Träger anfordern, Angehörige informieren)

- ☐ Ja, Datum der Antragstellung ☐ Nein
- In der Höhe von €

Krankenkasse:

Anschrift:

Mitgliedsnr.:

Pflegekasse

Anschrift:

- ☐ Ja, Pflegegrad ☐ Nein
- ☐ Antragstellung erfolgte Pflegebegutachtung am

Angehörige / Bevollmächtigte / Betreuer

Angehörige:

Anschrift/Tel.:

Bevollmächtigter/Betreuer:

Anschrift/Tel.

Aufgabenbereich: ☐ Aufenthaltsbestimmung ☐ Gesundheitsfürsorge ☐ Behördengänge

(☐ FEM) ☐ Vermögenssorge ☐ Einwilligungsvorbehalt ☐ Sonstiges

Patientenverfügung vorhanden: ☐ Ja ☐ Ja, Kopie liegt vor ☐ Nein

Patientenvollmacht vorhanden: ☐ Ja ☐ Ja, Kopie liegt vor ☐ Nein

Wir benötigen von Ihnen:

einige Unterlagen und persönliche Dokumente, die wir in der anliegenden Liste zusammengestellt haben.

Datum: HDZ Mitarbeiter:

Von der Einrichtung auszufüllen:

Wohnbereich: Zimmer-/Tel.-Nr.:

Sondennahrung: ☐ keine ☐ ausschließlich ☐ zusätzlich zur oralen Ernährung

Datum: 28.01.2020	Datum: 28.01.2020	Datum: 28.01.2020	Seite 1 von 3
Geändert: QB	QMB-Vermerk:	Freigabe: EL	Revision: 01.2023

Benötigte Unterlagen

Bitte bringen Sie uns im Vorfeld der Aufnahme oder spätestens am Aufnahmetag mit. Wenn Sie noch Rückfragen haben, melden Sie sich bitte bei Frau Deptolla unter Tel. 05037/305-130.

Unterlagen/ Dokumente	Bemerkung
☐ Heimvertrag/WBVG-Vertrag	siehe Anlage
☐ Datenschutzhinweis	siehe Anlage
☐ Information zum Datenschutz DS-GVO Art 13/ 14	siehe Anlage
☐ Information gem. §3 Wohn- und Betreuungsvertrag (WBVG)	siehe Anlage
☐ Einwilligungserklärung Betreuer, Bevollmächtigte, Angehörige	siehe Anlage
☐ Kostenverpflichtung	siehe Anlage
☐ Ärztliches Zeugnis (über Infektionskrankheiten)	siehe Anlage
☐ Einwilligungserklärung Medikamentenverwaltung	siehe Anlage
☐ Bei HMB: Einverständniserklärung zum HMB-Verfahren	ggf. siehe Anlage
☐ Personalausweis	
☐ Schwerbehindertenausweis	
☐ Patientenverfügung/ -vollmacht	
☐ Vorsorgevollmacht - Kopie	
☐ Beschluss des Amtsgerichts über die Dauer der Betreuung - Kopie	
☐ Betreuerausweis (Bestallungsurkunde) - Kopie	
☐ Richterlicher Beschluss bei freiheitsentziehenden Maßnahmen	
☐ Krankenkassenkarte	
☐ aktuelle Befreiungsausweis, Zuzahlung zu Medikamenten	
☐ Anfalls-/ Marcumar-/ Diabetiker-/ Allergiker- oder Brillenpass	
☐ Ärztliche Unterlagen, Berichte - Kopie	
☐ aktueller Medikamentenplan (mit Unterschrift vom Arzt u. Praxisstempel)	
☐ Antrag auf Hilfe zum Lebensunterhalt/ Grundsicherung (Antrag auf Kostenübernahme)	Ggfs. muss dies beim Landkreis beantragt werden
☐ Aktueller Rentenbescheid	
☐ Bescheid der Pflegekasse über den Pflegegrad- Kopie	

Unterlagen/ Dokumente bei vollstationärer Aufnahme	Bemerkung
☐ Heiratsurkunde - Kopie	
☐ Scheidungsurkunde - Kopie	
☐ Sterbeurkunde des Ehepartners - Kopie	
☐ Geburtsurkunde - Kopie	
☐ Vereinbarungen über Bestattungsvorsorge - Kopie	
☐ ggfs. Testament	

Für die Aufnahme bitte folgendes beantragen:

- ☐ Pflegegradantrag stellen
- ☐ Antrag auf
 - ☐ Kurzzeitpflege
 - ☐ Verhinderungspflege
 - ☐ Änderung der Pflegesachleistung auf vollstationäre Pflege stellen
 - ☐ Kurzzeitpflege bei fehlender Pflegebedürftigkeit SGB V §39c

☞ Der Antrag muss grundsätzlich vom Versicherten selber oder von seinem registrierten Vertreter gestellt werden.

☐ erfragen, ob Anspruch auf zusätzlichen Betreuungsbedarf besteht: Wenn Ja. Wie viel Leistungen noch in Anspruch genommen werden kann.

☐ erfragen, wie viel Kurzzeitpflege- bzw. Verhinderungspflegeleistungen in diesem Jahr noch in Anspruch genommen werden können (Anzahl der Tage/ Betrag).

☐ Ggfs. Antrag auf zusätzliche Kostenübernahme beim zuständigen Kostenträger (z.B. Landkreis) stellen.

Bitte bei der Aufnahme ggfs. folgende Utensilien mitbringen:

- ☐ Rollstuhl ☐ Rollator ☐
- ☐ Körper- und Zahnpflegeartikel
- ☐ feste Schuhe für innerhalb und außerhalb der Einrichtung
- ☐ jahreszeitliche Bekleidung
- ☐ Inkontinenzartikel:
- ☐ die zu Hause befindlichen Medikamente
- ☐ Blutzuckermessgerät
- ☐ Brille/ Hörgeräte
- ☐
- ☐

Sonstige Absprache:

- ☐ bereits bestehende Termine (z.B. Arzttermin.):
- ☐ Wäscheversorgung übernehmen die Angehörigen:
- ☐ Barbetragskonto
- ☐ sonstiges:

Notiz:
.....
.....

Bei Fragen wenden Sie sich bitte gerne an:

Name: Herr Fluske

Funktion: Pflegedienstleitung

Telefonnummer: 05037/305 - 115

Datum: 28.01.2020	Datum: 28.01.2020	Datum: 28.01.2020	Seite 3 von 3
Geändert: QB	QMB-Vermerk:	Freigabe: EL	Revision: 01.2023