

Bgm.-Rohrmüller-Str. 9-11
86554 Pöttmes
Tel.08253/9979310
Fax 08253/1622



Achtung!
Bitte in Blockschrift
ausfüllen!!!
Unterschrift letzte Seite
NICHT VERGESSEN!

Anmeldung zur Heimaufnahme

☐ Dauerpflege

☐ Kurzzeit-/Verhinderungspflege

1. Name:			Geburtsname:		
2. Vorname(n) (Rufnamen bitte unterstreichen):					
3. Adresse (Straße, PLZ, Ort): ☐ polizeilich gemeldeter Hauptwohnsitz					
4. Geburtsdatum:			Geburtsort:		
5. Familienstand: ☐ verheiratet ☐ verwitwet ☐ geschieden ☐ ledig					
6. Konfession:		7. Staatsangehörigkeit:		8. früherer Beruf:	
Covid-19: bestand eine Infektion: ☐ ja, am _____ ☐ nein					
Covid-19 Impfung erhalten: ☐ ja, am _____ ☐ nein					
9. Angehörige:					
a) Name, Vorname: _____					
Str., PLZ, Ort: _____					
Telefon und E-Mail: _____					
Wie verwandt: _____					
Name, Vorname: _____					
Str., PLZ, Ort: _____					
Telefon u. E-Mail: _____					
Wie verwandt: _____					
11. Vorsorgevollmacht: ⇨ Bitte Kopie der Vorsorgevollmacht beilegen!					
a) Name, Vorname: _____					
Str., PLZ, Ort: _____					
Telefon und E-Mail: _____					

Bgm.-Rohrmüller-Str. 9-11
86554 Pöttmes
Tel.08253/9979310
Fax 08253/1622



Achtung!
Bitte in Blockschrift
ausfüllen!!!
Unterschrift letzte Seite
NICHT VERGESSEN!

12. Patientenverfügung: ⇨ Bitte Kopie der Patientenverfügung beilegen!

☐ ja ☐ nein

13. Hausarzt:

Name: _____

Straße, PLZ, Ort: _____

Telefon/Fax: _____

14. Gewünschte Unterbringung:

☐ Einzelzimmer ☐ Doppelzimmer ☐ keinen Wunsch

15. Gewünschter Aufnahmetermi:

Bei Dauerpflege: vom: _____

Bei Kurzzeit-/Verhinderungspflege vom: _____ bis: _____

In anderen Heimen bereits in Anspruch genommene KZP: ____ Tage

16. Pflegegradbewilligung der Pflegekasse: ⇨ Bitte Pflegegradbescheid beilegen!

☐ beantragt am: _____ durch: _____

☐ Pflegegrad 1 ☐ Pflegegrad 2 ☐ Pflegegrad 3 ☐ Pflegegrad 4

☐ Pflegegrad 5 ☐ Höherstufung beantragt am: _____

17. Kranken- bzw. Pflegekasse: _____ Versicherungsnummer: _____

18. Bei Umzug aus anderer Pflegeeinrichtung: Datum Erstaufnahme stationär:

Wichtig für die Pflegereform 2022 zur Berechnung der Zuschusshöhe durch die Pflegekasse!!!

19. Zuzahlungsbefreit: _____ Beihilfeberechtigt: _____ ⇨ Bitte je Kopie beilegen!

☐ ja ☐ nein

☐ ja, _____ %

☐ nein

20. Kostenträger:

☐ Selbstzahler

Rechnungsadresse: _____

☐ Sozialhilfe ⇨ Bitte Kopie vom Bescheid beilegen!

Altersrente _____ € Witwenrente _____ €

21. Rechnungsempfänger:

☐ Bewohner ☐ Betreuer ☐ Bevollmächtigter

Einzugsermächtigung wird mit Abschluss des Heimvertrages erteilt: ☐

22. Zahlungsart (für Selbstzahler bzw. Eigenanteil):

Bgm.-Rohrmüller-Str. 9-11
86554 Pöttmes
Tel.08253/9979310
Fax 08253/1622



Achtung!
Bitte in Blockschrift
ausfüllen!!!
Unterschrift letzte Seite
NICHT VERGESSEN!

☐ Bitte buchen Sie den monatlich fälligen Betrag von folgendem Konto ab:

IBAN: _____

BIC: _____

☐ per Überweisung

23. Regelung im Sterbefall

23.1 Haben Sie eine Bestattungsvorsorge getroffen?

☐ ja, Institut: _____ (bitte Kopie beilegen) ☐ nein

23.2 Im Sterbe/Todesfall ist/sind sofort zu verständigen:

23.3 Der gesamte Nachlass/Zimmerräumung wird geregelt durch:

Name/Adresse:

24. Eingehende Post

☐ An die/ den Bewohnerin auszuhändigen ☐ im Mitarbeiterzimmer hinterlegen

☐ Auf Kosten der Bewohnerin/Bewohner weiterleiten an:

25. Interne Vermerke:

Zimmernummer: _____

Zusätzliche Investkosten: ☐ EZ ☐ DZ ☐ APP ☐ entfällt

Sonstiges:

Vor jeder Aufnahme, muss der ärztliche Fragebogen und die Einwilligungserklärung für die Apotheke vorliegen.

Jeder Aufnahmetermin bedarf einer schriftlichen oder mündlichen Zusage. Wir weisen darauf hin, dass im Anschluss an die Kurzzeit-/Verhinderungspflege nicht ohne Weiteres die vollstationäre Pflege in Anspruch genommen werden kann. Bei Abwesenheit oder nicht rechtzeitiger Absage (14 Tage vorher) der rechtsverbindlichen Anmeldung mit einer festen Zusage des Aufnahmetermins, beträgt die Zuzahlung 30€.

Ich versichere, die vorstehenden Angaben vollständig und wahrheitsgemäß nach bestem Wissen und Gewissen gemacht zu haben. Die Senioreneinrichtung Sonnengarten GmbH ist jederzeit berechtigt, die Richtigkeit der von mir gemachten Angaben zu prüfen. Die Angaben sind für den internen Gebrauch bestimmt und werden vertraulich behandelt. Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die Senioreneinrichtung Sonnengarten GmbH für eigene Geschäftszwecke personenbezogene Daten nach den Vorschriften des dritten Abschnitts des Bundesdatenschutzgesetzes in einem automatisierten Verfahren speichert und verarbeitet.

Hiermit melde ich mich rechtsverbindlich vom _____ bis _____ an.

Ort, Datum, Unterschrift des Antragstellers